LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE MENSUEL DES PROFESSIONNELS

Le regard des étudiants sur les psychothérapies

L'héroïnomanie plutôt qu'une autre addiction

Individus, institutions, socialisation. Questions à Bernard Lahire

Nouvelles figures de l'adolescence Entretien avec David Le breton

DOSSIER

L'obésité, une expression corporelle ?

N°311 Octobre 2013

DOM/S : 7,50 € – BEL : 7,40 € – MAR : 75 Mad
N CAL/S : 890 cfp – POL/S : 950 cfp – MAY : 7,90 €

martin média

L 17653 - 311 S - F: 6,50 € - RD





Images des corps

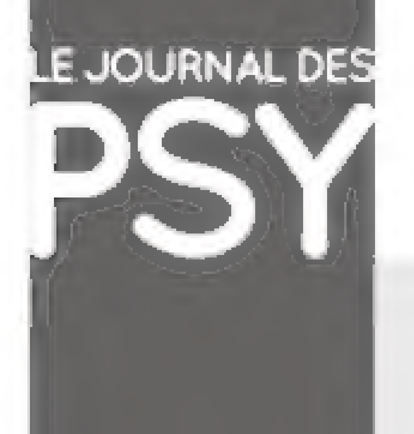
PATRICK CONRATH
DELPHINE GOETGHELUCK

Peut-on ignorer que l'obésité est devenue, aujourd'hui, une préoccupation mondiale, même un problème, dit-on, de « santé publique » ? Des nations entières, comme la Chine, auparavant préservées de ce signe parmi d'autres de la modernité, en sont désormais atteintes. Ce problème, cette « épidémie » disent certains, pose donc de multiples questions sous des angles divers, dont certains sont abordés dans notre dossier de ce mois. L'obésité est un symptôme particulier qui, par essence même, est visible, voire remarquable, et, pourtant, souvent dénié comme tel par la personne elle-même ; associé à des représentations sociales négatives, il place la personne en situation d'exclusion, de rejet ou tout au moins de difficulté sociale ou relationnelle.

Il est bien question du corps, de ce corps qui, aujourd'hui, est l'objet de tous les regards, celui des autres et le sien. Il est même l'objet d'une dramatisation, en témoignent, par ailleurs, le succès des articles consacrés aux techniques d'amincissement dès l'arrivée des beaux jours, ou encore celui de la chirurgie dite « esthétique », lieu où l'on opère la déformation et la déconstruction du corps. Aussi, quelle valeur accorde-t-on au corps, au sien propre ou encore à celui de l'autre ? Nous oscillons entre singularité à outrance, en faisant de notre propre corps l'objet de toute préoccupation, et la banalisation du corps de l'autre, telle qu'elle nous est donnée à voir avec ces corps éventrés, annihilés par la guerre. Car c'est bien l'horreur médiatique qui convoque les corps avec la nécessité, certes, de nous en informer, mais aussi le risque de la banaliser. Cela pourrait-il nous amener à nous ressaisir, à considérer que le corps d'autrui, c'est avant tout une vie dont nous sommes aussi responsables ? Il faut croire que non. On serait même tenté de penser que le corps de l'autre est à la merci de nos désirs les plus sombres et de nos impulsions. Nous avons vu récemment que l'enfant peut être acheté 8 000 € en Corse, fruit d'un trafic dont on ne sait le fondement : l'enfant a-t-il été conçu pour la vente ou vendu par opportunisme ? Ou encore la révélation, aux États-Unis, de ces échanges entre parents d'enfants adoptés, à partir de sites sur lesquels, sans réserve ni vergogne, ces parents annoncent vouloir se débarrasser de leur enfant adoptif, car ils ne le supportent plus.

Ce trafic des corps dans son horreur ordinaire rejoint la normalisation des corps à outrance (l'excès n'est-il pas aussi dans la recherche sans limite d'un corps imaginaire à la fois parfait et neutralisé ?), tout en côtoyant la violence extrême portée sur les corps.

À l'heure où les « psys » ont droit de cité dans les médias, il serait bon de considérer que le corps appartient à chacun, qu'il est du registre de l'intime et n'est pas destiné à être rectifié à tout prix au nom de normes sociales en vigueur, dont on serait les complices. Il serait bon aussi de ne pas oublier que toucher à l'intégrité du corps revient à toucher à la vie, tout simplement.



S O M

N° 311
OCTOBRE 2013



M A I R E

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

Directeur de la publication : Arnaud Habrant

Rédacteurs en chef : Patrick Conrath, Delphine Goetgheluck

Secrétaire de rédaction : Frédérique Kerfant-Delamotte

Secrétaire de rédaction adjointe : Véronique Haguenauer

Correctrice : Françoise Martin-Borret

Culture : Miguel de Azambuja et Florian Houssier

Création graphique : Eden Studio

PAO et CV1 : Gaëtan Mellilo

Directeur Marketing - Partenariat : Stéphane Sorin (marketing@martinmedia.fr)

Publicité : Frédérique Kerfant-Delamotte

L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services rendus. La direction se réserve le droit de refuser toute insertion publicitaire, sans avoir à justifier sa décision.

Fondateur : Armand Touati

Crédits photographiques : CV 1, p. 69 : Fotosearch – p. 15, pp. 28-29, p. 39, p. 51, pp. 64-65 – pp. 19-20 : RMN-Grand Palais (musée d'Orsay) / H. Lewandowski – p. 25, pp. 72-73 : Corbis p. 44 : Getty Images.

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES
Site Internet : www.jdpsychologues.fr

• Rédaction en chef :
5, rue des Allumettes
13090 Aix en Provence
Tél. : 01 53 38 46 46
Fax : 01 53 38 46 40
Courriel : jdp@martinmedia.fr

• Secrétariat de rédaction :
50, ter, rue de Malte
75011 Paris

Seuls les articles qui n'ont fait l'objet d'aucune publication, y compris sur Internet, sont acceptés. Les articles signés sont publiés, après accord de la rédaction, sous la responsabilité de leurs auteurs.

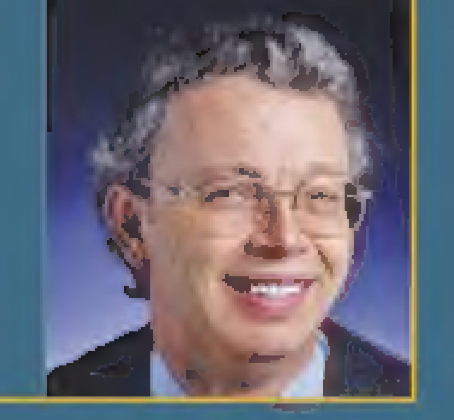
• Administration, abonnements, éditions :
10, avenue Victor-Hugo
CS 60051
55800 Revigny-sur-Omain
Tél. : 03 29 70 56 33
Fax : 03 29 70 57 44

Diffusion MLP, vente au numéro et réassort :
Sylvie Poussy – Tél. : 03 29 70 56 33
Commission paritaire : n° 1216T81040 - ISSN 0752-501 X
Dépôt légal à parution

Impression :
Corlet Roto • Ambrières-les-Vallées

Le Journal des psychologues est édité par MARTIN MEDIA SAS au capital de 150 000 € 55800 Revigny-sur-Omain

LE POINT DE VUE DE...
CLAUDE LEMOINE



Questionner

Mine de rien, questionner n'est pas une opération anodine, même si elle est devenue une méthode classique des psychologues et des chercheurs en sciences humaines. C'est d'abord une forme d'interaction particulière qui appelle une réponse, et, à ce titre, elle ne devrait pas être considérée en dehors de ce cadre, celui-ci pouvant comprendre des situations très variées.

À un premier niveau, c'est une demande signifiant que l'on ne sait pas, et que l'on pense que l'interlocuteur possède l'information. C'est le cas du jeune enfant, curieux de tout, réitérant les « *qu'est-ce que c'est ?* » auprès de ses parents, signe à la fois de son intérêt pour la découverte, de sa confiance *a priori* dans la réponse, de sa dépendance aux adultes et, parfois, de sa façon d'attirer l'attention sur lui dans une relation affective plus importante que le contenu de la réponse. C'est le cas de toute personne désireuse de découvrir du nouveau, fondement de la recherche scientifique. C'est le cas aussi du psychologue qui cherche à trouver des facteurs explicatifs ou à élucider une situation humaine complexe qu'il souhaite comprendre.

Mais questionner, c'est aussi exiger une réponse pour rassembler des renseignements sur quelqu'un. C'est fréquent dans les formulaires administratifs à remplir, relayés maintenant par la rigidité organisée des formules informatiques qui bloquent si l'on ne remplit pas la case exactement là où c'est prévu. C'est ainsi que, sans commandement, on vous prélève des informations sensibles qui vous concernent si vous voulez continuer sur la page Web. Questionner devient donc là l'expression d'une forme d'autorité, la marque d'une supériorité sur celui qui se doit de répondre. On est à l'opposé de la supplique dépendant du bon vouloir de qui détient l'information. Le sommet est atteint dans les instances institutionnelles ou religieuses qui soumettent un individu à la question, afin d'obtenir un aveu, signe à la fois de la toute-puissance en place, mais aussi de sa faiblesse qui la fait dépendre d'une déclaration.

Face à ces contrastes où le questionnement est toujours un jeu d'interaction, souvent aux dépens, parfois au profit, de qui donne la réponse, il n'est pas inutile de le situer quand il sert des fins scientifiques, et ce, pour éviter la confusion des genres. On connaît les précautions d'usage : anonymat ou, mieux, confidentialité des réponses, indication sur la finalité des données obtenues et sur l'utilité sociale de l'étude, accès possible aux résultats d'ensemble. Cependant, ces conditions ne peuvent pas toujours être remplies, notamment dans les domaines commercial, administratif ou salarial. C'est le cas, lorsque l'anonymat n'est que de façade, comme dans les petites équipes d'un service identifiable ou comme avec des fichiers réutilisables pour d'autres fins.

Outre ces difficultés, l'enquêteur tend souvent, par contrainte, à sous-estimer l'acte même de questionner et l'impact du mode de relation établi sur le type de réponses déclarées.

Poser une question est, en effet, une opération à facettes multiples : c'est donner la parole, demander l'avis de quelqu'un. C'est donc le prendre en considération, l'écouter, lui donner la possibilité de s'exprimer, de choisir et de peser par sa réponse, acte lié à la démocratie. Mais choisir pose aussi un problème d'évaluation, l'intéressé pouvant ne pas avoir d'opinion définie ou simple, et être obligé de choisir peut être difficile et anxiogène. Ce l'est d'autant plus que la question est restreinte, force le choix et ne permet pas de nuancer la réponse, comme avec des questions en tout ou rien. Et questionner, c'est aussi prendre de l'information personnelle, c'est mettre à nu et entrer dans l'intimité, d'où l'importance de la forme des questions qui peuvent induire le type de réponse.

Car la réponse obtenue n'est pas forcément la seule réponse possible, elle peut être induite par la formulation de la question, la forme de relation, confiante ou méfiante, et être construite au moment même de l'interaction. Sauf dans le cas où le répondant défend une cause qui ne varie pas quelle que soit la question, il est important de ne pas prendre la réponse comme représentative de l'individu dans son ensemble, car il peut infléchir son discours selon ce qu'il perçoit des enjeux de la question : donner des réponses conformes aux attentes supposées, se montrer sous un jour favorable, faire plaisir à l'enquêteur ou, au contraire, éviter de s'impliquer par des réponses évasives, médianes, ou encore en s'abstenant de répondre.

Questionner n'est donc pas une simple formalité et demande à tenir compte des circonstances, du mode d'interaction, de l'ouverture des questions, toutes conditions qui supposent une connaissance préalable du terrain social, des enjeux et du sujet traité, ce à quoi ne peuvent suppléer les automatismes des analyses probabilistes.

Sans stage, comment va-t-on former les psychologues ? Mobilisons-nous !

Cette rentrée universitaire voit se compliquer encore plus l'épineuse question des stages. Alors que, récemment, dans nos colonnes, des responsables d'organisation se penchaient sur la nécessité de faire évoluer notre formation, notamment vers l'adjonction d'un certificat ou la poursuite vers un doctorat, l'heure est à la régression !

Le problème, bien sûr, n'est pas propre à la psychologie, mais il est certain que, dans notre domaine, l'apparition de la gratification des stages, lorsque la durée dépasse deux mois, a sérieusement compliqué la recherche d'un lieu en capacité d'accueillir un étudiant. Aujourd'hui, la situation se durcit encore plus, puisque, depuis la loi du 22 juillet 2013, l'obligation est absolue de rémunérer, et ce, que le stage s'effectue dans le privé ou le public. Certes, le calcul du temps passé avait été assoupli pour les filières de psychologie avec la possibilité de décompter les jours de réelle présence et non le temps en continu. Ainsi, une présence à mi-temps pourra s'étirer sur plus de deux mois, mais relativement au nombre d'heures de stage attendues des étudiants de psycho, ce n'est qu'un pansement sur une jambe de bois. Et il n'est plus possible de contourner le problème en fracturant la durée du stage en plusieurs périodes...

On comprend bien le but visé, et ce n'est pas nous, ex-étudiants de psycho souvent fauchés, qui étions prêts à démarrer un travail dont le salaire ne correspondait en rien au niveau d'étude ni à la responsabilité assumée, qui allons nous insurger fondamentalement contre l'idée d'être rémunérés !

Mais la formation des psychologues, le cheminement et la confrontation au terrain qu'elle nécessite sont mis en péril par l'absurde de la situation : des mesures sont prises sans tenir compte de la capacité des services et institutions de les appliquer, sans qu'un temps de négociation soit pris qui aurait permis peut-être d'intégrer des modulations. On se trouve ainsi face à des services publics renonçant à tout stagiaire ! Un comble.

C'est la dynamique de notre formation qui est en danger, cette dynamique issue de la complémentarité entre la formation et le discours universitaire, et la relation au maître de stage et la transmission de ses savoirs par l'expérience partagée. Sa richesse, aussi, offerte par la multitude des lieux de stage possibles et des manières d'incarner l'être psychologue des professionnels en poste.

Que va devenir, dans ce contexte, la formation des futurs psychologues ? De qui dépendra-t-elle ? La recherche d'un lieu de stage a toujours été un moment tendu dans la formation, d'autant plus que les stages effectués interviennent pour beaucoup dans les premières recherches d'emploi. Espérons que l'ouverture de lieux de stage ne sera pas le prochain moyen de pression ou de contrôle de notre profession et du profil des futurs professionnels ! Espérons aussi que le choix de former des psychologues continuera d'être considéré comme fondamental par des services ou institutions, dont le budget alloué aux gratifications de stage, toutes professions confondues, ne sera pas extensible ! Ce sera peut-être en apparence plus rentable de former un éducateur ou un infirmier...

Ou bien la solution viendra-t-elle de la mise en place de lieux de stage virtuels, fruit d'une simulation 4D d'un ordinateur, et des étudiants munis de lunettes et de manettes spéciales qui s'essaieront à la relation d'aide. Petits plus : on pourra monter en niveau de difficulté au fur et à mesure de l'acquisition des compétences, avoir « plusieurs vies » – entendez le droit de se planter et de recommencer du début –, aligner des dizaines d'étudiants dans une salle en supervision simultanée, avoir la garantie que les recommandations de la Haute autorité de santé ou autre organisme chargé de concrétiser les directives gouvernementales seront appliquées, puisqu'elles seront le fondement du programme...

D'ici là, peut-être, pouvons-nous encore essayer de faire entendre que toutes les réalités de formations et de stages ne se valent pas, et obtenir une suspension ou un aménagement de la mesure dans nos filières non productives et dépendantes de secteurs désargentés ?

Comme première étape, étudiants, psychologues, universitaires, nous proposons d'accueillir et de recueillir tous vos témoignages sur notre site. Avez-vous trouvé un stage ? dans quel cadre ? Comment cela se passe-t-il à la FPH ? dans les collectivités territoriales ? dans le secteur privé ? Comment les universités prennent-elles en compte ce problème ? Quelles solutions sont proposées ?

C'est bien en opposant la réalité d'un état des lieux que nous disposerons d'arguments tangibles pour nous faire entendre.

Delphine Goetgheluck, Patrick Conrath

Merci de nous faire part de votre expérience sur : *jdpsychologues.fr* ou par courriel : *jdp@martinmedia.fr*

AGENDA

OCTOBRE

Paris
Le 5 octobre 2013

Comment parler clinique ?

Journée d'étude organisée par la Société de psychanalyse freudienne.

Comment dire le parcours de transfert, le désir de l'analyste qui croise le désir de l'analysant ?

S'il est vrai que nous ne pouvons parler de notre pratique qu'à partir de notre position dans le transfert, il est tout aussi vrai que nous avons à le faire sans exhibition ni jouissance. Autant de réflexions qui interrogent la nécessité absolue de réserve dans laquelle l'analyste se trouve, et qui engage sa responsabilité. Quelle éthique pour soutenir la parole ?

Lieu : Asiem

Renseignements :
Tél. : 01 43 22 12 13
Courriel : spsyfreudienne@orange.fr
Site : www.spf.asso.fr

Paris
Le 5 octobre 2013

Le retour du religieux

Journée organisée par l'École de propédeutique à la connaissance de l'inconscient.

Nous assistons, depuis quelques années, à un retour du religieux impressionnant en diverses régions du monde, et même dans notre univers quotidien, sous la forme d'exigences éthiques, rituelles ou communautaires, qui viennent régulièrement susciter conflits et interrogations. Pour Freud, le besoin religieux s'origine dans la détresse qui a sa source dans « le complexe paternel », mais aussi dans la dépendance infantile, dont les effets sont à jamais inscrits au cœur du sujet humain. Ce qui lui fait dire que cette illusion « *a un bel avenir* ».

Lieu : Auditorium de l'hôpital des Diaconesses de Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 43 07 89 26
Site : www.epci-paris.fr

Paris
Le 11 octobre 2013

Les fondements de la réalité psychique

Colloque européen francophone organisé par l'Association psychanalyse et psychothérapies (Apep), sous la présidence des professeurs D. Widlöcher et J.-F Allilaire.

Pourquoi la réalité psychique ? Souvent confondue avec l'expérience subjective en général, elle a, pour Freud, un statut bien particulier comme instance psychique qui, ne devant plus rien à la réalité matérielle, en conserve tout son poids. Car, occupant l'esprit du sujet et le poussant à agir comme à rêver, elle se pense ou s'observe sur le mode de l'accompli. Ce n'est pas ainsi l'objet lui-même qui serait réel, mais sa qualité inconsciente.

Intervenants : J.-F. Allilaire, S. Berney, A. Bismuth, A. Braconnier, M. Cailliau, C. Chabert, B. Claudel, J.-N. Despland, S. Frisch, C. Frisch-Desmarez, A. Gibeault, B. Golse, P. Guyomard, B. Hanin, D. Houzel, R. Jouvent, V. Kapsambélis, F. Marty, S. Missonnier, M. Reca, A. Schniewind, D. Widlöcher.

Renseignements :
Dr Martin Reca
Tél. : 01 48 00 83 86
Courriel : colloque.apep@gmail.com
Site : www.rap5.org/Apep/Cercle/Agenda/Default.aspx

Besançon
Le 11 octobre 2013

Anorexie et boulimie, comme modalités de symbolisation corporelle de traumas précoces

Conférence organisée par l'association des psychologues de Franche-Comté.

Si les psychopathologies alimentaires sont connues pour être des troubles survenant électivement à l'adolescence, révélant à cet égard les conflits et angoisses (accès à la sexualité, séparation...), activés et-ou même réveillés à ce moment-là du développement, elles peuvent aussi convoquer, convoyer la trace d'expériences et même de traumas plus précoces. Ces agirs alimentaires, loin de constituer de simples actes de décharges pulsionnelles dans la sphère comportementale, constituent de véritables modalités d'expression et de figuration de souffrances incorporées.

Lieu : Salle Battant

Renseignements :
Tél. : 06 40 22 65 00
Courriel : assopsy.fcomte@laposte.net
Site : http://assopsy-fcomte.blogspot.fr

Paris
Les 11 et 12 octobre 2013

Suicide et travail

VIIe Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail. IIes Journées de l'Association internationale des spécialistes de psychodynamique du travail.

Le suicide au travail pourrait indiquer qu'une étape supplémentaire a été franchie dans la réduction du pouvoir de l'être humain de contrôler l'utilisation qui est faite de sa vie par l'organisation du travail. Comment, dans ce contexte de dépossession de soi, peut-on penser une action rationnelle de réappropriation du rapport au travail ? Des réponses se font jour par des truchements divers qui vont de la sensibilisation de l'espace public à l'évolution du droit, en passant par de nouvelles pratiques dans le champ de la clinique et de l'expérimentation sociale, ainsi que par des actions originales de résistance et de désobéissance, aussi bien sur le terrain du travail que dans le champ de la culture.

Lieu : Maison de la Chimie

Renseignements :
Courriel : virginie.herve@cnam.fr

Reims
Le 12 octobre 2013

Corps figurés et métamorphoses du corps

Journée scientifique organisée par l'association Clipsya.

Le corps et ses représentations psychiques et sociales sont en mutation dans une société en transformation accélérée. Est-ce que nous arrivons à suivre, à vivre ces mouvements ? Ou les subissons-nous, happés que nous sommes par ces forces qui dépassent notre capacité de contenir et surtout de métaboliser autant d'informations ?

Quelles correspondances peut-on trouver entre les icônes de la mode et l'image du corps des anorexiques ? Quelle réflexion peut-on tirer des possibilités presque sans limite d'intervenir sur le fonctionnement et l'aspect corporels ? Et, en retour, quelle conscience avons-nous de l'impact de l'exigence perpétuelle d'injonctions extérieures à être beau, mince, parfait, etc. ?

Lieu : Centre de formation Pasteur

Renseignements :
Tél. : 03 26 35 16 27
Courriel : clipsya@gmail.com
Site : www.clipsya.com

Paris
Le 12 octobre 2013

Journée européenne de psychothérapie en psychosomatique : adolescence et pathologies

Journée organisée par le Centre international de psychosomatique.

Les thèmes abordés : L'affect et la pathologie en relaxation psychosomatique relationnelle ; l'approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : le corps absent ; l'identité, la maladie et la dynamique du temps à l'adolescence ; le fonctionnement psychosomatique à l'adolescence comme traitement de l'angoisse ; l'adolescence et la pathologie ; les douleurs à l'adolescence et les thérapies avec les familles ; l'âge où le corps est un ennemi ; l'adolescence, identité et maladie de Crohn ; l'adolescent en quête d'identité : art-thérapie et psychosomatique relationnelle ; l'adolescence et l'allergie.

Lieu : Faculté de médecine Paris-Descartes, amphi Vulpian

Renseignements :
Tél. : 09 75 71 16 42
Courriel : cips.presse@gmail.com
Site : http://cips.psychosoma.org

Paris
Les 12 et 13 octobre 2013

Paul Claude Racamier
Une pensée vivante pour la clinique d'aujourd'hui

Congrès annuel du Collège de psychanalyse groupale et familiale.

Paul Claude Racamier, tout au long de son parcours professionnel, n'a cessé de déployer sa double identité de psychanalyste et de psychiatre pour inventer et développer des dispositifs de traitement psychique et une œuvre clinico-théorique dont l'originalité et la fécondité ont éclairé le travail de très nombreux praticiens et institutions dans le champ du soin psychique, dans leurs multiples dimensions, subjectale, groupale, familiale et institutionnelle. Sa créativité, son écoute, son exigence critique, ont façonné une pensée vivante au service des cliniciens qui continuent de s'en inspirer, dès lors qu'ils rencontrent des patients de tous âges et des familles qui présentent des souffrances et des processus défensifs graves et complexes et qui aspirent à une meilleure croissance psychique.

Lieu : Asiem

Renseignements :
Tél. : 01 56 80 10 60
Courriel : contact@cpgf.fr
Site : www.cpgf.fr

Paris
Les 12 et 13 octobre 2013

L'œdipe, la psychanalyse et la civilisation

Centenaire de *Totem et Tabou*.

Intervenants : N. Ben Smaïl, D. Brun, G. Bulat-Manenti, É. Campi, G. Chaboudez, H. Cohen-Solal, A. Dasseux Ter-Mesropian, M. David, L. Delhommeau, P. de Neuter, F. de Rivoyre, O. Douville, S. Giampino, H. Godefroy, G. Guillerault, C. Hoffmann, P. Kong, P. Landman, M. Lauret, D. Lauru...

Lieu : Faculté de médecine, amphi Binet

Renseignements :
Tél. : 01 47 05 23 09
Courriel : espace.analytique@wanadoo.fr

Paris
Le 14 octobre 2013

L'état amoureux à l'adolescence

Colloque Fil Santé Jeunes organisé par l'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France en participation avec l'Inpes.

Les relations amoureuses s'inscrivent souvent comme un véritable déterminant de la santé chez les jeunes, tant elles prennent une place importante dans leur vie de tous les jours. Elles peuvent être associées au plaisir et à l'épanouissement, mais aussi à la déception et au désarroi. Elles se jouent de plus en plus souvent à distance par SMS, Internet, réseaux sociaux...

Si l'approche amoureuse de l'autre reste problématique, est-ce que la technologie moderne rend plus facile la rencontre, la rupture ? Et comment les jeunes passent-ils de l'imaginaire au réel ?

Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 44 93 44 66
Courriel : colloque@epe-idf.com
Site : www.epe-idf.com

Paris
Du 17 au 19 octobre 2013

Enfants mutants ? Révolution numérique et variations de l'enfance

Colloque organisé par l'Appea.

Innovations informatiques et convergence numérique modifient pour chacun, et particulièrement pour les enfants, notre rapport au monde. Grandir et apprendre aujourd'hui apparaît comme fortement différent d'il y a vingt ans. Éduquer et accompagner les enfants et les adolescents dans cet univers en évolution soulèvent de nouvelles difficultés et des interrogations auxquelles les professionnels et les parents n'avaient antérieurement jamais été confrontés.

Lieu : Cité des sciences

Renseignements :
Tél. : 07 81 36 90 13
Courriel : colloque@appea.org
Site : www.appea.org

Mâcon
Le 18 octobre 2013

Désir d'enfant, expérience intérieure de la maternité et soutien parental

Conférence-projection organisée par l'association Patapon.

Intervenante : Monique Bydlowski

Projection du film *L'Étranger en moi*, d'Emily Atef.

Lieu : Multiplexe Cinémarivaux

Renseignements :
Tél. : 03 85 38 61 03
ou 06 78 03 00 28
Courriel : ass.epas@wanadoo.fr
Site : a.patapon.free.fr

Le Haillan
Le 18 octobre 2013

La parentalité : du concept aux pratiques. Enjeux, définitions et retours d'expériences

Journée organisée par l'association Rénovation.

D'usage pluridisciplinaire, puisque indifféremment utilisé par les magistrats, les praticiens du soin ou →

→ socio-éducatifs, le concept de parentalité est mobilisé dans des domaines concrets tels l'exercice de la parentalité, le soutien à la parentalité ou encore l'évaluation des compétences parentales. Dans un contexte de profondes mutations de la société et des structures familiales depuis les années 1970, le concept de parentalité et ses déclinaisons pratiques apparaissent comme un levier de compréhension et d'actions, tant au niveau des politiques publiques que des pratiques des établissements et services ou autres dispositifs d'interventions sociales, médico-sociales et sanitaires.

Lieu : Théâtre L'entrepôt

Renseignements :
Tél. : 05 57 22 48 72
Courriel : serviceformation@renovation.asso.fr
Site : www.renov ation.asso.fr

Tulle

Le 25 octobre 2013

La prise en charge de l'adolescent : et sa famille ?

Colloque organisé par le Fil d'Ariane, la maison des adolescents de la Corrèze, les PEP19 et la revue *Adolescence*.

• Comment, en amont de tout contrat thérapeutique, la maison des adolescents et ses partenaires aménagent-ils une place de tiers symbolique entre l'adolescent et sa famille ?

• Évaluer la prise en charge en ambulatoire de l'adolescent et sa famille à travers quelques modalités différentes d'accompagnement et de suivi thérapeutique.

• L'évolution de l'ordonnance 45 concernant la protection judiciaire de la jeunesse et l'intervention de ses différents partenaires.

• L'adhésion des familles à l'orientation et au placement de l'adolescent difficile en institution spécialisée et ses conséquences sur la prise en charge institutionnelle.

Lieu : Salle Marie-Laurent

Renseignements :
Guy Desclaux : 06 37 92 90 68
Isabelle Rigault-Vacher : 06 40 50 76 09
Marie-Paule Dubois : 06 78 43 60 38
Courriel : colloque.mda@pep19.org ou lefildariane19@laposte.net

Yaoundé (Cameroun)

Du 12 au 14 novembre 2013

La violence dans tous ses états

Colloque international pluridisciplinaire organisé par l'Association des psychologues cliniciens du Cameroun.

La violence est une réalité commune. Agie ou subie, elle s'exprime, se rencontre au fil des différentes phases de développement, dans les expériences singulières et collectives (guerre, catastrophes naturelles, accidents, etc.). Consubstantielle de la pulsion, manifeste ou latente, elle est au cœur de l'humain et des différentes institutions, dont il est à l'origine (famille, foyer, prison, etc.). Elle peut prendre des figures multiples et hétérogènes, s'inscrire du côté de la destructivité ou de la cruauté et, paradoxalement, être au service de la vie constituant ainsi une tentative de symbolisation.

Renseignements :
Courriel : contact.apccameroun@gmail.com
Site : www.apc-cam.net

NOVEMBRE

Bruxelles

Le 12 novembre 2013

Suicides et familles

Colloque organisé par le Centre de prévention du suicide.

La famille est, en principe, l'espace de ressources privilégié, le lieu de prévention primaire.

Les orateurs partiront d'études récentes et de leur pratique pour aborder le suicide à travers les concepts d'appartenance, d'ancrage, de filiation et de transmission au sein des familles.

Aborder la question du suicide et de son impact sur l'économie familiale suppose également de s'arrêter sur les sentiments de solitude et d'impuissance qui traversent ses membres.

Enfin, la question du deuil après suicide et son impact sur la dynamique familiale présente et future sera, elle aussi, posée.

Lieu : Centre culturel d'UCCLE

Renseignements :
Tél. : 02 650 08 69
Courriel : cps@preventionsuicide.be

Nouméa-Koné-Wé (Nouvelle-Calédonie)

Du 12 au 15 novembre 2013

Transformer la violence en Océanie
Sujet / famille / groupe / institution

1er Congrès international de psychologie en Océanie organisé à l'initiative du collège des psychologues de Nouvelle-Calédonie.

Les cultures océaniennes sont réputées pour privilégier les liens sociaux, l'appartenance forte et le sens de la solidarité. Pour autant, une violence impose sa réalité avec une insistance telle que l'on ne sait plus si elle est l'effet d'une situation anomique ou celle d'une norme implicite. Aussi, on ne saurait s'étonner d'observer, dans les champs de la santé mentale, de l'éducation, du handicap, du social et du travail, un malaise dans la culture, des crises identitaires qui apparaissent sans issue, des tentatives de suicide, des suicides, des formes exacerbées de la psychopathologie du quotidien, des passages à l'acte violent...

Lieu : Université de Nouvelle-Calédonie Nouméa, Koné et Lifou

Renseignements :
Tél. : 687 96 95 17
Courriel : copsync@gmail.com
Site : www.psychologues-nc.com

Bourges

Les 14 et 15 novembre 2013

Espaces de mobilité, espaces de liberté

IVe Congrès national des équipes mobiles de psychiatrie.

Nos sociétés deviennent des sociétés ouvertes, placées sous le signe de l'urgence et de l'instantanéité. Leur mode d'organisation privilégie la réactivité immédiate et circonstancielle, sur laquelle, au nom d'un principe de transparence, existe un impératif de communication.

Dans le même temps que le mouvement semble s'épanouir, des formes de conservatisme et d'immobilisme se renforcent. Cette réduction du mouvement à la seule circulation monétaire peut empêcher toute mobilité, jusqu'à l'interrompre. C'est pourquoi son réinvestissement symbolique peut être proposé comme une modalité thérapeutique consistant à aller au plus près des usagers demandeurs.

Lieu : Palais d'Auron

Renseignements :
Tél. : 02 48 67 25 00
Courriel : michel.henin@ch-george-sand.fr
Alain.vernet@ch-george-sand.fr
Catherine.alexandre@ch-george-sand.fr

Bruxelles

Du 14 au 16 novembre 2013

Penser la psychose. Savoir et pratiques

1er Congrès organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale

Mondialisation débridée entraînant une précarisation matérielle et psychique croissante, crise(s) de nos sociétés postmodernes, injonctions d'efficacité, d'immédiateté et de performance, logiques sécuritaires, délitement collectif... ces différents phénomènes engendrent des transformations importantes de la norme et produisent des logiques d'exclusion et de déliaison.

Inventive, créative, souvent vue uniquement comme dangereuse et déficitaire, la psychose est une réponse de celui qui est débordé par sa rencontre avec le monde suscitant parfois des souffrances sans nom. Cette réponse aussi surprenante, inquiétante et désespérée soit-elle, a toujours un sens, fût-il à construire. Quelles sont les conditions anthropologiques et historiques de la psychose ? Comment traversent-elles le sujet singulier, la famille, le couple et les différents âges de la vie ? Comment les pratiques professionnelles en tiennent-elles compte pour penser la psychose et son accompagnement ?

Lieu : Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre

Renseignements :
Tél. : +32(0)2/511 55 43
Courriel : emessens@gmail.com
Site : www.lbfsm.be

Paris

Le 16 novembre 2013

La douleur

Journée scientifique du laboratoire de psychologie clinique, psycho- [illegible]

Intervenants : J. André, C. Azoulay, C. Chabert, M. Corcos, M. Emmanuelli, V. Estellon, B. Golse, S. Missonnier, F. Neau, A. Schniewind, B. Verdon.

[illegible]

Renseignements :
Estelle Georges-Chassot
Tél. : 01 46 04 74 35
Courriel : estelle@carnetpsy.com
Site : www.carnetpsy.com

Paris

Les 16 et 17 novembre 2013

Les traumatismes dans la cure analytique. Bonnes et mauvaises rencontres avec le réel

43es Journées de l'École de la Cause freudienne

Il y a une théorie spontanée du traumatisme. Face à l'impossible réalisé, le sujet est perdu, n'est plus celui qu'il était, ni pour lui-même ni pour les autres. Le symptôme éclate. La médecine, aidée de la science contemporaine, cherche alors une solution. C'est la réponse par effacement mémoriel – que tout puisse redevenir comme avant et que les hommes vaquent de nouveau à leurs occupations, comme l'exige l'impératif du lien social. Ça n'a pas eu lieu, parce que ça n'aurait pas dû avoir lieu. La question devient : comment vivre après le traumatisme sans le traumatisme ? La psychanalyse, au contraire, considère que le trauma a bien eu lieu, qu'il a modifié le sujet et qu'il se présente comme l'envers d'un acte. La réalité psychique ne coïncide aucunement avec la réalité objective, factuelle ou de discours. Plus encore, la notion de traumatisme exige une nouvelle définition du fait et de l'événement, congruente avec le sujet de l'inconscient. Sur ces points fixes, la machine à produire du sens s'emballe et s'épuise, affrontée à ce qu'aveuglément l'inconscient, réel, ne cesse de répéter. Quand ça se répète, à quelles conditions un « je » peut-il advenir ?

Lieu : Palais des congrès

Renseignements :
Tél. : 01 45 49 02 68
Site : www.causefreudienne.net

Paris

Les 16 et 17 novembre 2013

L'œdipe de la psychanalyse : mythe ou complexe ?

Journées d'études organisées par la Société de psychanalyse freudienne

La maîtrise du complexe d'Œdipe permet certes le passage de l'organisation infantile de la libido aux liaisons sociales nécessaires. Mais, en 1931, Freud reconnaît la phase préœdipienne féminine et juge utile de revenir sur la thèse selon laquelle le complexe d'Œdipe est le noyau des névroses. À partir des années 1960, à l'instar de Winnicott, certains analystes anglo-saxons soutiennent qu'un nombre notable de personnes n'atteint pas le complexe d'Œdipe. Lacan critique l'idéologie œdipienne. Dans l'expérience psychanalytique, qu'est-ce qui peut être qualifié d'« œdipien » ? Aujourd'hui, que sont, dans la clinique et la théorie psychanalytique, les enjeux de la question œdipienne ?

Lieu : Asiem

Renseignements :
Tél. : 01 43 22 12 13
Courriel : spsyfreudienne@orange.fr
Site : www.spf.asso.fr

Lille

Le 19 novembre 2013

Besoins, représentations, participation. Personnes accompagnées, familles et professionnels

Jusqu'où on s'en mêle/ Jusqu'où on s'emmêle ?

Journée d'étude organisée par l'Établissement public départemental de soins, d'adaptation et d'éducation (Epdsae)

Quels sont les enjeux d'une coopération entre personnes accompagnées, familles et professionnels dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ?

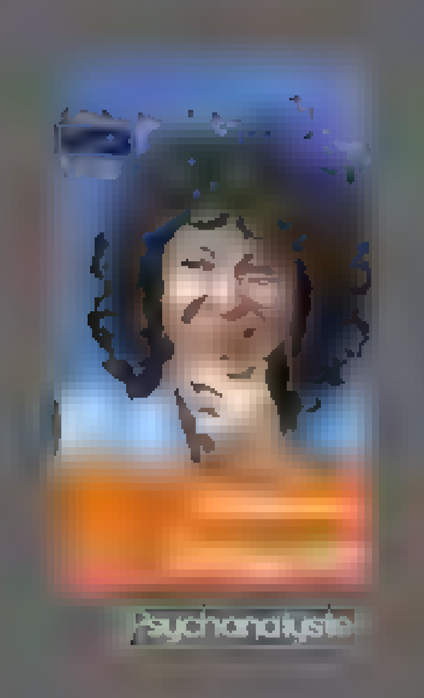
Comment créer les conditions d'une réelle démocratie participative dans les établissements sociaux et médico-sociaux ? Comment mieux construire ensemble ? Comment passer de l'affirmation des droits des personnes accompagnées à leur effectivité ?

Dans le cadre de son 30e anniversaire, l'Epdsae propose de questionner les pratiques d'aujourd'hui, se nourrir d'expériences réussies pour penser des pistes d'action pour aider les personnes accompagnées à exercer pleinement leurs droits.

Lieu : Lille Grand Palais

Renseignements :
Tél. : 03 20 29 50 50
Courriel : 19novembre2013@epdsae.fr
Site : www.epdsae.fr

L’obésité, une expression corporelle ?



Psychanalyste

La France compte des millions de personnes en situation d’obésité. Et les enfants tout autant que les adultes sont concernés. L’OMS parle d’« épidémie mondiale ». Pourtant, rien ou presque ne figure dans le cursus de formation des psychologues. Ce paradoxe illustrerait-il le contre-transfert négatif à l’égard de cette population qui règne dans tous les secteurs de la société, y compris dans nos rangs ? Dans le cadre de ce dossier, nous proposons une approche peu attendue en ce domaine pour mieux comprendre la personne en obésité.

Il y a plusieurs stades dans l’obésité, et les comorbidités induites sont importantes. Aucune explication correspondant à toutes les personnes en obésité ne vaut, dans l’absolu, et leur seul point commun est bien d’avoir une histoire qui leur est propre. L’influence de l’environnement est posée d’emblée comme étant au cœur des variabilités individuelles, et ce, quand bien même des gènes auraient été identifiés. Autant les médecins pensent à faire appel à un psychologue (voire à un psychiatre) pour certains de leurs patients quand ils repèrent des éléments complexes dans leur vécu, autant l’idée de penser la souffrance derrière le comportement ou le symptôme n’est pas systématique. Et, de fait, les approches de l’obésité sont-elles, le plus souvent, comportementales, les prises en charge associant alors l’exercice physique à la nutrition et négligeant fréquemment l’envers des cartes. Or, se centrer sur le symptôme l’aggrave, comme en témoigne la clinique psychanalytique, car le sens profond persiste et les désagréments sont longtemps moins insupportables que de ne pas se faire entendre en tant que sujet. Le risque est donc de traiter le seul symptôme sans s’intéresser au sens qu’il revêt, négligeant ainsi ce qui, d’une histoire, se répète dans le comportement.

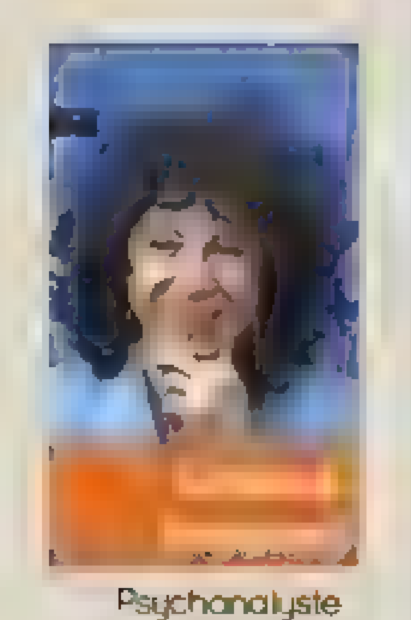
L’obésité est communément admise comme multifactorielle. De fait, quel que soit le cadre, les prises en charge de l’obésité sont complexes et imposent la pluridisciplinarité. Ici même, les contributions démontrent l’intérêt de travailler ensemble et la nécessité de toujours associer soma et psyché. Ce travail en réseau pluridisciplinaire est donc fondamental. Et il s’agit bien d’articuler les axes de prise en charge en fonction de la singularité de la personne concernée et non d’opposer des dogmes.

L’absence de visibilité des psychanalystes sur ce terrain est à abolir. Au-delà du plaidoyer, voyons l’efficacité ! Chacun à sa place (santé, éducation), chacun de sa place… Il est finalement ici question *d’in-discipline…*



DOSSIER

L'obésité, une expression corporelle ?


Psychanalyste

Fabrication d'obésités

Petits kilos superflus, surpoids… obésité… Les solutions pour les pallier, et notamment les régimes, peuvent parfois avoir des conséquences catastrophiques. Entendre la personne obèse et son histoire est un préalable pour pouvoir travailler les raisons de cette mise en expression de son insécurité intérieure.

« *Si je vous dis IMC 27… Vous me comprendrez ? Déjà, vous savez ce qu'est un IMC ? Et puis, vous allez me répondre que ce n'est pas si grave, c'est ça…* » Cette petite rondelette est mignonne. Mais elle ne le sait pas. Ève voudrait être comme toutes ses copines, comme les filles des magazines : mince. Beaucoup d'adolescentes (peut-être même des femmes) sont comme elle. Mais, comme elles ne sont pas toutes bâties comme des mannequins – grandes, maigres… –, elles se jugent alors « mal foutues ».

Avec quelque 1,4 milliard de personnes de plus de vingt ans en surpoids, l'obésité est devenue une quasi-pandémie mondiale, exigeant des actions concrètes et urgentes, ont expliqué, en janvier 2013, des experts en santé et nutrition à Davos, lors de la réunion mondiale des économistes qui gouvernent notre planète. Leur inquiétude est telle qu'ils estiment que ce fléau doit désormais être combattu par les responsables politiques, au même titre que le tabagisme. Car, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de deux cents millions d'hommes et près de trois cents millions de femmes sont obèses. Les économistes tirent la sonnette d'alarme auprès des politiques, puisque, visiblement, le monde de la Santé n'a pas réussi à les sensibiliser suffisamment pour endiguer la progression.

La plupart du temps, l'origine de l'excès de poids réside dans le mode de vie. L'adage « *Manger moins, bouger plus* » serait alors la solution.
Ce qui est vrai, d'ailleurs, mais ce qui est aussi difficile pour certaines personnes, divers autres facteurs intervenant. Nous parlons alors de « causes plurifactorielles », et c'est pour cette raison que nous travaillons en équipe, en réseau. Il y a une inégalité de métabolisme, tout d'abord. Ensuite, l'environnement et, enfin, les dispositions psychiques individuelles… Nous traiterons ici de celles-ci, sans minimiser toutes les autres.
Ces personnes que nous voyons s'épancher dans nos cabinets sur leur IMC – c'est l'indice qui se calcule par un rapport entre la taille et le poids (entre 18 et 25, c'est normal, en dessous, pas assez ; au-dessus trop, beaucoup trop aussi) –, celles que nous entendons, ont beaucoup à nous apprendre.

IL N'Y A PAS DE « PERSONNALITÉ OBESE »

Par quels chemins sont-ils (elles) arrivé(e)s à l'excès de poids ? Pour certains individus, l'obésité fait partie de la famille… C'est ainsi. Ce sont des enfants qui sont en excès de poids « depuis toujours », ils sont nés dans une famille où la nourriture est partout, toujours présente… Cela implique une certaine identification. Selon ses positions psychiques singulières, on adhère ou on s'en distancie. Plus ou moins… Il est donc judicieux de s'en préoccuper avant de se centrer exclusivement sur la manière de remédier à un IMC trop élevé.
D'autres prennent du poids, d'un « seul coup »… Alors, « quel coup », justement, la personne a-t-elle enduré ? Comment a-t-elle vécu psychiquement certains moments de sa vie ? Si ce n'est un réel trauma, quels événements de la vie ont été déclencheurs ? Le mariage, les grossesses, événements plutôt heureux en général, sont souvent évoqués. Il est donc faux de toujours associer prise





de poids et mauvais moments. Peut-être, en revanche, les changements de vie sont-ils intéressants à considérer Par une anamnèse des faits articulee au vécu subjectif... Prenons un exemple encore peu connu, mais qui tend à se multiplier. Quand la mère maigrit beaucoup, et rapidement, à la suite d'une chirurgie de l'obésité, on rencontre alors de plus en plus d'enfants qui ont perdu leurs repères. Cette mère qui avait été aimée obèse, à laquelle l'identification s'était faite, l'enfant la découvre s'épanouir dans cette quête d'un corps si différent. Souvent, elle se met alors à exprimer ouvertement les souffrances vécues précédemment. Une bascule de repères s'ensuit. La confusion s'empare de l'enfant qui ignorait ces aspects secrets de sa mère. Il ne sait plus ce qui est vrai ou pas. L'enfant s'était appuyé sur une mère qu'il découvre avoir été en difficulté au point de recourir à une chirurgie, il était passé à côté de l'ampleur de son désarroi. Alors, il perd confiance en lui, dans sa capacité de percevoir et de bien évaluer le monde qui l'entoure. Certaines adolescentes, notamment, tentent de maigrir comme leur mère. Un régime est alors entamé. Comme les quantités de nourriture des opérées sont minimalistes, le régime de l'adolescente a fort peu de chances de provoquer une perte de poids comparable à celle de la mère. Il s'ensuit une situation bien complexe, tant pour l'une que pour l'autre. En règle générale, l'anamnèse permet de prendre conscience des origines des prises et des pertes de poids, familialement parlant. Insistons ici sur les causes les moins évidentes, car elles sont les signes des rapports complexes du corps et de la vie psychique, rapports négligés d'ordinaire. Peut-on penser réussir à établir une typologie ? Faut-il même aller dans cette direction ? Pour ma part, je pense qu'il est préférable de considérer la singularité de chaque personne plutôt que de la ranger dans une catégorie Si certains ne se rendent compte de rien, quand doucement les kilos s'accumulent au fil des ans, d'autres se surveillent sans cesse sans freiner pour autant l'escalade. Elles alternent des temps de restriction cognitive et d'autres moments de laisser-aller qui peuvent devenir catastrophiques. Faut-il s'en étonner ? Ou tout simplement le réaffirmer pour que les prises en charge ne se centrent pas sur le seul corps ? Mais, attention, les personnes en obésité ne cherchent pas à se pencher sur leurs raisons profondes d'avoir pris du poids, elles souhaitent juste s'en libérer Elles pensent alors presque toutes systématiquement au « régime », à suivre des prescriptions comportementales Parfois, c'est en faisant du sport qu'elles sont persuadées de trouver la solution... Ce qui revient au même dans la façon de réfléchir la résolution du problème posé.

UN APERÇU...

L'« expression corporelle » s'effectue quand on ne sait pas comment utiliser le langage pour dire, quand les mots manquent... Le corps montre, l'excès de poids se voit. C'est un avantage, vu sous l'angle de l'indicible... S'enrober, c'est d'abord introduire un rembourrage entre son soi véritable, tapi, caché au fond, et ce qui se montre ; cela consiste à se protéger. Mais de quoi ? Il s'agit de se protéger de l'autre et de son désir de s'immiscer, →

→ que ce soit physiquement ou psychiquement. De nombreux abus sexuels se sont révélés une fois la confiance établie et, si on écoute, de « simples » maltraitances physiques ou verbales également... Les mots blessent, tout le monde le sait. Pour être moins atteintes, certaines personnes installent entre elles et l'agresseur cette protection, cet « édredon ». Solution intelligente, dans un premier temps, mais qui s'avère, à terme, un piège. Quand la solution devient un problème, la personne se retrouve avec deux difficultés. Vue sous cet angle, l'obésité n'a plus du tout la même connotation pour la personne qui en souffre. Souvent, les patients disent qu'ils se sentent plus légers... Ils ont été entendus, parfois pour la première fois, et la consultation a ouvert sur autre chose que le seul rapport poids / taille. Lorsque la souffrance passe de l'indicible à l'expression verbale, au partage avec un autre être humain qui accompagne ce trajet, et le fait d'y survivre, cela modifie du tout au tout la confiance en soi, en ses capacités d'affronter les douleurs bien réelles qui sont à l'origine de ce recours intempestif à la nourriture. Ce sont, pour nous, presque des évidences. Pas pour les personnes obèses qui n'ont jamais (ou presque) envisagé comme cela cette « maladie », car les médecins, la société en général, le font rarement.
Il peut s'agir de se protéger de ce qui se cache au fond de soi, mettre un impossible à franchir entre soi et l'autre. Les pulsions sexuelles vécues comme inacceptables par la personne sont ainsi réprimées, et se rendre moins désirable constitue une protection, puisque tout le monde sait que, dans le monde actuel, « beau » ne rime pas avec « gros ». Le refoulement est agi corporellement.
Il est aisé de montrer comment le conflit psychique se manifeste à travers des régimes suivis, lâchés, repris. Le yoyo est un jeu qui n'est pas sans signification. Pourtant, jamais la question de l'ambivalence n'était posée auparavant. Le futur patient saisit comment la psychanalyse est un recours tout à fait indiqué dans ce trajet.
Car, au fond, c'est toujours le patient qui nous choisit.
La compréhension de l'addiction se révèle une aide : attribuer à un objet extérieur à soi (telle nourriture) la capacité de nous faire du bien met en dépendance à cet objet. L'individu oublie entre-temps que c'est lui qui a introduit cet objet qui ne possède, de fait, que des qualités qui lui sont déléguées. Une distanciation s'introduit alors dans ces impulsions à se jeter sur ces nourritures, lorsque cela ne va pas. Constater que la douleur psychique ne terrasse pas, mais, bien sûr, fait souffrir, permet d'envisager de reprendre la situation en main. Alors la solution « petite assiette, baskets » devient réaliste... Une articulation avec d'autres professionnels s'avère fructueuse à ce moment-là.

Une confiance en soi suffisante pour affronter les douleurs bien réelles à l'origine de ce recours intempestif à la nourriture.

L'INSÉCURITÉ INTÉRIEURE

Tous les êtres humains partagent les mêmes pulsions, les mêmes exigences internes, mais à des degrés différents. Cette leçon de Sigmund Freud est l'une des plus importantes. Il n'y a pas de différences de nature entre *eux* et *nous*. C'est une différence d'intensité. Ainsi, se protéger fait partie de ce que tout humain met en place pour assurer sa sécurité. Mais lorsque la peur est trop intense, lorsque la pulsion est trop exigeante, alors l'équilibre interne ne se trouve pas, et le recours à un objet extérieur devient impératif, même si les conséquences sont pires que le mal. L'objet peut être un autre humain, des idées ou des objets matériels. L'excès sera le seul responsable. *Hubris*, la démesure, a des effets. L'excès de nourriture en fait partie. C'est une réponse. En ce sens, de nouveau, il s'agit de ne pas prendre un problème par le seul bout de sa manifestation pour le résoudre.
Comment retraduire en question la réponse de l'excès de poids ? Et que faire de cette question, différente pour chaque personne ? Comment la vivre de façon moins douloureuse ? Au risque de me répéter : il s'agit, ici encore, de considérer la personne en obésité d'abord comme une personne.
Si on ne le fait pas, on peut décider qu'un apport moindre en calories, qu'une pratique supérieure d'activités physiques, vont résoudre le symptôme. Et... nous voici donc au régime ! Nous savons, depuis le rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) de novembre 2010, dirigé par Jean-Michel Lecerf, qu'ils sont tous dangereux et inefficaces[1]. Pourquoi, alors, s'engouffrer encore dans de telles solutions ? Quand on ne sait plus quoi faire pour résoudre un problème, penser à une solution, si possible simple et ayant l'allure d'une évidence, ça rassure. Et se rassurer fait partie de ce que l'humanité ne cesse de faire quoi qu'il arrive. Car c'est très angoissant de se dire que l'excès de poids résulte de problèmes sous-jacents que l'on n'a pas su résoudre précédemment, et dont il faut désormais s'occuper impérativement, car ils créent d'autres désordres, majeurs. Surtout si l'insécurité intérieure, tapie au fond de soi, était à l'origine de tout cela. Donc, appel à des régimes forts, en ces cas désespérés... Engrenage.

Plus le régime s'affirme comme capable des résultats escomptés, même irréalistes, mais correspondant à l'idéal de la personne, elle-même façonnée par une société à un temps T, plus le régime a de succès. Il y a une réelle régression dans le fait de se mettre au régime. Quelqu'un d'autre sait ce qui est bon pour vous. Il dicte vos menus. Il s'agit vraiment d'une soumission volontaire.
Bien sûr, les moyens modernes de médiatisation, de réseaux sociaux, font la propagande dudit régime. Un patient me parlait de la « *cybercriminalité des régimenteurs* ».
Nous assistons à un terrible combat entre le principe de réalité (tout le monde le sait, 95 % des régimes aboutissent à un dépassement du poids initial à cinq ans[2]) et le principe de plaisir (en quelques semaines, suivre à la lettre les instructions et obtenir ce corps de rêve promis...). Il y a désarticulation entre ce que l'on sait et ce que l'on veut. On refoule le premier au profit de ce que l'on a envie d'entendre, d'être... Et, au-delà du principe de plaisir, l'obésité morbide ! On le sait bien, il n'y pas plus sourd que celui qui n'a pas envie d'entendre.

« VENDRE L'ENVIE DU PIANO, PAS LE PIANO »

Le neveu de Sigmund Freud, Edward Bernays (1928) a bien compris les leçons de son illustre oncle. Ainsi, l'envie folle d'être mince règne sur la planète, où la consommation est encouragée, l'économie doit tourner... Par ailleurs, des mannequins anorexiques sont payés pour incarner un idéal inaccessible à la majorité dans l'environnement qui est le nôtre. Quel paradoxe !
Nous aurions pu répondre à Ève qu'entre la fourchette basse et la fourchette haute d'un IMC, une quinzaine de kilos se glisse, et lui donner un exemple : si elle mesure 1 m 65, un IMC de 18 correspond à 49 kg et celui de 25 à 67 kilos ; autrement dit : tout va bien (côté IMC...), qu'elle pèse 49 kg ou 67 kg... Nous aurions donné des arguments rationnels là où c'est le désir qui règne en maître, une soif d'idéal bien inaccessible à quelques propos de l'ordre de la raison.
Croyez-vous vraiment qu'Ève, de nos jours, sera satisfaite de sa silhouette si elle se situe dans la fourchette haute de cet IMC ? En mesurant 1 m 65, préfère-t-elle peser 49 kg ou 67 kg, toujours dans l'IMC dit « normal » ?
Si le principe de réalité est perdant, Ève aura bientôt besoin de perdre du poids, puisque l'effet des régimes amaigrissants, c'est la prise de poids assurée sur le long terme.
Nous n'entrons pas ici dans les secrets des IMC, qui sont des indices collectifs, comme le sociologue Thibaut de Saint Pol l'explique, qui ne sont pas sexués, qui ne s'occupent ni de l'âge de la personne ni de sa constitution... C'est important que les psychologues interrogent cette normalisation sociale complètement introjectée et pas le moins du monde questionnée...
Restons sur les raisons des recours aux régimes, qui n'ont d'autres effets que d'aggraver le mal. Car, enfin, si des raisons pas raisonnables n'étaient pas aux commandes, pourquoi emprunter encore une voie qui mène à l'échec assuré ?
S'interroger sur les raisons des comportements avant d'espérer agir sur ces comportements ne se fait pourtant pas. Les études s'intéressent à évaluer les régimes. Mais les raisons menant à suivre n'importe lequel d'entre eux sont encore totalement laissées de côté. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'ANSES ignorent la psychanalyse. Nul n'est parfait... Pourtant, il n'est pas une personne en obésité qui n'ait un jour suivi de régime. Le temps est venu de s'interroger sur ce réel fléau, problème de santé publique, qu'est le recours aux régimes.

LE RÉGIME, UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ

Le recours aux régimes est plébiscité par les personnes qui cherchent une solution. Un *leader* se propose et assure de la réussite, si... on suit les commandements. La Loi du régime est toujours la même, quel que soit le régime. La personne doit se soumettre à un strict respect et elle est assurée de réussir, selon les promoteurs de chaque régime. Si elle fait des faux pas, elle sera perdante. Quand ça ne marche pas, c'est toujours sa faute. Elle n'a pas respecté les consignes. Jamais, on ne dit que lesdits commandements sont impossibles à suivre durablement. Sur le papier, c'est peut-être possible de manger uniquement tel aliment, ou de peser, compter les calories... Mais dans la réalité ? tout au long de sa vie ?
La carrière d'obésité a des racines externes et internes. Et le temps joue pour elle. Alors, la personne se sent écrasée par tout cela et, là où il faudrait rigueur et patience, elle alterne des moments de désespoir, où elle lâche la rationalité et où le principe de plaisir se saisit des rênes.
Comme nous le verrons dans le cadre de ce dossier, il existe plusieurs pratiques d'orientation analytique. Certains travaillent en groupe de patients. Ce qui éloigne les idées préconçues autour de la cure type. Mais d'autres pratiquent aussi des cures, puisque l'obèse est d'abord une personne, et qu'elle peut avoir envie de psychanalyse ! Certains travaillent avec les parents plutôt qu'avec les enfants en obésité. À ce propos, je citerai l'étude →

Notes

1. *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*, Rapport de l'ANSES, Paris, novembre 2010.

2. Le rapport ANSES, consultable sur le Net, en détaille les dangers.

que le rapport Anses rapporte : « *Conscients de la possibilité d'effets pervers de la prise en charge médicale de l'obésité chez l'enfant en raison, d'une part, de l'impact stigmatisant de la désignation de l'enfant et, d'autre part, de l'interférence éventuellement perturbatrice du médecin dans la relation entre l'enfant et ses parents (qui sont les acteurs clés dans la prévention et le traitement de problèmes de poids), Golan et Crow ont expérimenté une modalité de prise en charge qui implique uniquement les parents d'enfants obèses de sept à huit ans. Sept ans après le début de l'étude, la supériorité de cette modalité (groupe parents seuls) sur ceux dont la prise en charge traditionnelle qui implique l'enfant comme le patient désigné (groupe "enfant seul") est écrasante : 60 % des enfants ne sont plus obèses contre 31 % dans le second groupe. De surcroît, il n'existe aucun trouble du comportement alimentaire chez les patients, devenus adolescents au terme de l'étude, du groupe "parents seuls" contre 6,6 % dans l'autre groupe.* » Nous n'avons pas, nous autres psychanalystes, comme seul critère d'évaluation la perte de poids, bien sûr. Mais nous avons aussi à suivre les patients dans l'expression de leur mal-être sans rejeter ce qui ne semblerait pas digne d'intérêt. Ce sont des patients comme tous les autres, qui manifestent visiblement par cet excès de poids le mal-être qu'ils vont apprendre à exprimer avec des mots. Comme d'autres, pour le moment, ils arrivent sans avoir les mots pour le dire...

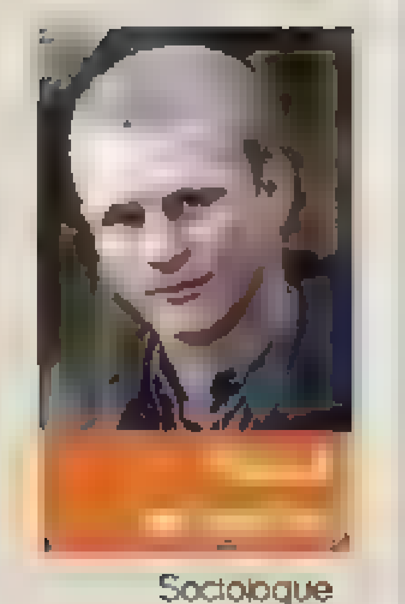
« NOUS NE LES AIMONS PAS...[3] »

Socialement, il est de coutume de parler de « discriminations ». Façon édulcorée de dire la désapprobation collective qui sera également intériorisée par ceux qui sont en excès de poids. Nous pouvons en prendre la mesure en réfléchissant à notre propre rapport à l'excès de poids. Aimons-nous avoir des kilos en trop ? Quelle serait notre réaction ? Est-ce un point aveugle pour certains de nos confrères et consœurs ? La construction de représentations sociales dépend à la fois du sujet et de l'objet (Moscovici, 1961). Le contre-transfert de la société globale se retrouve certainement chez les praticiens de la santé, médecins y compris. Une récente thèse de médecine reprend des études précédentes et les complète par ses propres recherches sur les représentations sociales qu'ont les médecins des personnes en obésité[4]. S'y retrouvent les mêmes éléments que dans la population générale. Nous savons depuis longtemps que « gros » n'est plus synonyme de « beau », répètent sans cesse les patients. Les peintures, les photos, attestent de ce qui fait référence dans une société. L'opulence se montre désormais sous d'autres signes extérieurs de richesse. Les petites différences ont de grandes conséquences. Nous pensons alors au narcissisme des petites différences de Sigmund Freud. La personne en obésité, c'est celle que nous ne voudrions surtout pas être. Chaque printemps, les magazines montrent bien que, pour avoir le plaisir d'aller sur la plage durant l'été, il est essentiel de perdre quelques kilos... Qui plus est, le glissement sémantique – utiliser l'adjectif en substantif, « *le gros* », « *les obèses* » – revient à le désigner par une seule de ses caractéristiques, et donc le réduire à ce critère. C'est ouvrir la stigmatisation, cette trace infamante. Introjecter ces messages n'est pas trop compliqué ! Les conséquences de tout cela se retrouvent dans la maltraitance dont se plaignent les personnes en obésité. Dans les divers sens du terme « maltraitance »... puisque l'on reçoit alors moins une personne qu'un *gros*. Ces incidences sur les prises en charge – qui plus est si l'on n'en parle jamais – perdurent. Soulever l'inouï de ce contre-transfert, est-ce encore du domaine des psychanalystes ?

Notes

3. Extrait de *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme* (Alain de Mijolla, 1973).

4. Mestoudjian P., 2012, « Que recommandent les médecins généralistes à leurs patients en surpoids et obèses ? Approche des représentations de l'obésité et des patients qui en souffrent chez les médecins généralistes. Étude transversale à Paris », Thèse de médecine, université Paris-VI, Pierre et Marie Curie.



Sociologue

Obésité, normes et inégalités sociales

L'obésité constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Mais la corpulence des individus est un caractère physique très particulier, mêlant étroitement des questions de santé et d'apparence et dont la perception varie fortement entre les groupes sociaux, et entre hommes et femmes.

LE SOCIOLOGUE FACE À L'OBÉSITÉ

Si l'obésité a des conséquences directes sur la santé et constitue, aujourd'hui, un enjeu majeur de santé publique, la corpulence mêle étroitement des questions d'apparence et de santé. L'apparence physique, support de la « première impression », s'avère essentielle dans l'ensemble de nos relations avec les autres. C'est vrai dans le monde professionnel, et les obèses y subissent de nombreuses discriminations, mais aussi dans les autres dimensions de la vie sociale comme de la vie affective. Mais qu'est-ce qu'être trop gros ? Les réponses sont multiples, ambivalentes, selon que l'on prend la réponse d'un médecin ou le jugement porté sur son propre corps, l'avis d'une femme ou celui d'un homme, celui d'un ouvrier ou celui d'un cadre (Saint Pol de, 2010). Une vision simpliste de l'obésité, pourtant couramment répandue, en fait un problème univoque, dont la source tiendrait à des traits de caractère (« *Contrôle-toi* », « *Bouge-toi* »), alors que l'environnement ou l'histoire de la personne sont tout aussi essentiels pour comprendre ce qui est en en jeu.

Une des difficultés, mais qui constitue aussi une richesse de cet objet d'étude, tient précisément au fait que l'obésité est un phénomène complexe, sur lequel aucune discipline ne peut prétendre parler seule. Si nous ne sommes pas égaux biologiquement face à la prise de poids, et s'il est incontestable que certains d'entre nous prennent du poids plus facilement que d'autres, l'augmentation de l'obésité dans le monde ne peut s'expliquer par la seule génétique. De même, si l'environnement social semble essentiel pour comprendre la prise de poids, la sociologie ne peut expliquer seule les motivations qui poussent certaines personnes à manger toujours trop. L'obésité requiert la pluridisciplinarité et tisse des liens étroits entre des disciplines qui n'ont pas toujours l'habitude de dialoguer. Pour le sociologue, les différences de pratique, notamment alimentaires entre milieux sociaux, se traduisent dans les corps et se donnent à voir quotidiennement dans l'apparence des individus, à la fois marqueur d'appartenance et instrument de distinction. La corpulence – parce que l'individu en apparaît généralement responsable – joue un rôle particulier dans les interactions et la construction des identités sociales. Mais l'obésité a également des conséquences directes sur la santé (diabète, hypertension...) et constitue, aujourd'hui, un enjeu majeur de santé publique. Depuis que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié l'augmentation de l'obésité de « *première épidémie mondiale non virale* » à la fin des années 1990, la corpulence fait régulièrement la une des journaux et est l'objet d'une très forte médiatisation, entremêlant des aspects médicaux et sociaux.

En juin 2002, il y a un peu plus de dix ans, dans les jardins de la Maison Blanche, devant un parterre de sportifs, d'écoliers, mais surtout de journalistes, le président américain George W Bush, neuf mois après avoir envoyé des troupes en Afghanistan, déclarait cette fois « *partir en guerre contre* →



→ *l'obésité* ». En mai 2004, le documentaire de Morgan Spurlock intitulé *Super Size Me*, dans lequel on le voit se nourrir exclusivement chez McDonald's pendant un mois et dénoncer les effets néfastes du *fast-food*, sortait sur les écrans aux États-Unis et dans les semaines suivantes dans le reste du monde. En février 2007, les services sociaux britanniques menaçaient une mère, au chômage et en dépression, de placer sous tutelle son enfant de huit ans, pesant alors 100 kg, qu'elle élevait seule dans le Nord du Royaume-Uni, si l'alimentation de son fils, assimilée à une forme de « mauvais traitement », n'était pas rapidement modifiée. Ces trois événements de registres différents témoignent de la place essentielle qu'a désormais prise la corpulence aussi bien dans les domaines politique, institutionnel que familial. La corpulence est devenue un objet emblématique de questions sociales au centre des préoccupations de nos sociétés contemporaines : celle du développement de ce qui est communément appelé la « malbouffe », celle de la prégnance du désir de minceur, mais aussi celle des inégalités de santé. De surcroît, la corpulence présente d'autres avantages pour le sociologue qui en fait une porte d'entrée idéale pour mettre en évidence les enjeux que le corps incarne et dissimule. Tout d'abord, parce qu'il s'agit d'un caractère corporel qui varie au cours de la vie et sur lequel chacun d'entre nous peut agir, au moins dans une certaine mesure, et qui donne lieu à une multitude de comportements différenciés socialement. Ensuite, contrairement à la plupart des autres caractères corporels, la corpulence peut être approchée au moyen d'un instrument de mesure relativement objectif – l'indice de masse corporelle (IMC) –, reposant sur le poids et la taille qui sont des données assez faciles à recueillir pour un grand nombre de personnes. Il est donc possible de l'étudier quantitativement. Toutefois, si l'indice de masse corporelle est devenu un instrument privilégié pour étudier la corpulence, il ne faut pas perdre de vue ses limites et leurs conséquences sur la manière dont on appréhende aujourd'hui la corpulence. En effet, le caractère pratique de l'IMC a fortement contribué à son succès et à sa large utilisation dans des domaines aussi divers que la nutrition, l'épidémiologie, la psychologie ou la sociologie. L'usage de cet outil comporte toutefois un certain nombre de défauts qui tiennent pour une grande part à la manière dont cet indice a été construit et qui conditionnent actuellement la manière dont est mesurée la corpulence (Saint Pol de, 2007). Lorsque l'OMS a défendu son usage pour mesurer la corpulence, cet indice visait avant tout à être un indicateur statistique pour comparer le surpoids et l'obésité sur de vastes populations. Il ne faut ainsi pas oublier, par exemple, que l'IMC ne reflète pas la distribution de la masse grasse dans le corps ou ne permet pas de tenir compte de la différence entre masse grasse et musculaire, ce qui est essentiel aussi bien en termes de santé que d'apparence. En outre, les seuils de l'OMS habituellement utilisés ont aussi des limites : ils sont, par exemple, les mêmes pour les hommes et pour les femmes ou pour les différents âges, ce qui ne devrait pas être le cas si on voulait être précis scientifiquement. Le développement de l'utilisation de l'IMC comme instrument de diagnostic pose la question de l'utilisation à un niveau individuel de ces normes qui étaient, à l'origine, purement statistiques, mais aussi celle de leur influence sur les représentations que se font aujourd'hui les personnes de leur corpulence.

L'OBÉSITE ENTRE APPARENCE ET SANTÉ

Il est, par ailleurs, essentiel de ne pas perdre de vue que l'obésité n'est pas qu'un problème médical. Si la corpulence fait plus que jamais l'objet d'une attention permanente et de multiples stratégies au niveau individuel, c'est au moins autant pour des questions d'apparence que de santé. La pratique des régimes alimentaires, par exemple, se veut reliée à des raisons de santé, mais l'apparence s'avère en réalité généralement la motivation première. L'étude des pratiques et des motivations des régimes alimentaires met



ainsi en évidence une concentration de la pression sociale sur certaines catégories de la population : les femmes, les plus jeunes et les classes moyennes. À travers notre rapport à la corpulence se lisent beaucoup de choses sur notre société. Il ne faut pas oublier que ce nous jugeons désirable pour notre corps varie fortement en fonction de l'époque, de la culture et des milieux sociaux. Aujourd'hui, c'est la minceur qui est valorisée et recherchée, en particulier pour les femmes, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Il n'y a pas si longtemps, au XIX[e] siècle, en France, une forte corpulence était généralement préférée à la minceur, renvoyant à la pauvreté ou à la maladie. Le corps et ses formes représentent depuis longtemps un enjeu de distinction sociale, dans la mesure où ils donnent à voir aux autres le statut que nous occupons dans la société (Vigarello, 2010). De la même manière que la beauté allait de pair avec la pâleur de la peau au Moyen Âge, parce qu'elle signifiait l'oisiveté par opposition, notamment, à la peau des paysans brunie par le soleil, une forte corpulence signifiait autrefois la richesse par opposition à la maigreur des pauvres. Aujourd'hui, c'est l'inverse : le bronzage s'oppose à la blancheur de ceux qui n'ont pas des revenus suffisants pour partir en vacances, et les femmes les plus corpulentes signalent ainsi, d'une certaine manière, qu'elles n'ont pas les ressources ou le savoir-faire pour être minces.

LE POIDS DES INÉGALITÉS

Ainsi, la corpulence donne à voir des inégalités qui touchent autant la santé que la position sociale. Si la corpulence a fortement augmenté en France depuis les années 1980, avec une accélération depuis les années 1990, cette évolution n'a pas touché également tous les groupes sociaux. Si le nombre de personnes obèses augmente dans toutes les régions en France, l'Est et le Nord restent les zones géographiques où l'obésité est la plus fréquente. L'écart entre les catégories socioprofessionnelles reste élevé et s'est fortement accru : l'obésité augmente beaucoup plus vite depuis les années 1990 chez les agriculteurs ou les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Par ailleurs, plus un individu est diplômé, moins il a de risques d'être obèse. En 2008, 17 % des personnes sans diplôme ou ayant au plus un brevet des collèges sont obèses, en France, contre seulement 6 % des diplômés du supérieur. Mais ces disparités selon les milieux sociaux se doublent également d'un effet de genre : les inégalités sont plus fortes pour les femmes. Ainsi, 19 % des femmes, sans diplôme ou ayant au plus un brevet, étaient obèses en 2008, en France métropolitaine, contre 15 % des hommes. L'écart avec les diplômés du supérieur est de huit points pour les hommes, mais il est de treize points pour les femmes, ce qui est considérable. L'augmentation de l'obésité en France dans les années 1990 s'est traduite par une augmentation des inégalités, qui a plus touché les femmes. Le lien entre obésité et pauvreté vaut ainsi surtout, en France, pour les femmes. Alors que, pour les hommes, une forte corpulence peut aussi aller de pair avec un statut social ou un revenu élevé, on constate que les femmes les moins bien payées ou vivant dans les milieux les plus défavorisés sont les plus corpulentes. Deux effets produisent cette situation. Tout d'abord, un effet de causalité c'est parce qu'elles sont plus pauvres que ces femmes sont les plus corpulentes, notamment par une accessibilité moindre à des produits alimentaires de qualité ou à des activités onéreuses, sportives par exemple. L'autre effet qui peut être mis en avant est un effet de sélection : c'est parce qu'elles sont plus corpulentes qu'elles sont moins bien payées et qu'à l'inverse les femmes les plus minces ont des salaires en moyenne plus élevés. Aux différences de consommation s'ajoutent les divergences de représentations et de valorisations du corps, qui conduisent, elles aussi, à façonner les corps. →

Ce que nous jugeons désirable pour notre corps varie fortement en fonction de l'époque, de la culture et des milieux sociaux.

Les ressources économiques et culturelles influencent ainsi les pratiques et les représentations corporelles, les plus pauvres ayant, par exemple, plus de difficultés à accéder à des aliments de bonne qualité nutritionnelle. Mais le corps et son apparence influent également sur la vie des individus, leur carrière professionnelle, etc. La minceur est aujourd'hui pour les femmes une sorte de diplôme supplémentaire que le marché du travail reconnaît financièrement. Ces discriminations jouent dès l'adolescence et sont ensuite renforcées par le marché du travail. Les jeunes hommes obèses atteignent une situation sociale inférieure à celle des autres hommes et, à l'inverse, les femmes minces bénéficient en moyenne de plus de promotions professionnelles au cours de leur carrière. Le temps passé au chômage augmente également avec la corpulence, ainsi que la difficulté à retrouver un emploi. Cette stigmatisation est observée dans toutes les dimensions de la vie sociale, certaines populations cumulant ainsi des handicaps liés à leur santé, des handicaps sociaux, sur le marché du travail par exemple, et même des handicaps psychologiques liés à une mésestime de soi, toutes ces dimensions interagissant les unes avec les autres.

Des régimes alimentaires répondent à une préoccupation surtout esthétique pour les femmes, plutôt médicale pour les hommes.

UNE INÉGALITÉ ENTRE HOMMES ET FEMMES

Derrière cette quête du corps désirable se cachent des rapports de force. Les formes du corps et la corpulence sont devenues le vecteur par excellence de cet idéal vers lequel doit tendre un corps pour être désiré ou pouvoir susciter le désir. Ainsi, il n'est pas anodin que la perception de la corpulence varie fortement entre les hommes et les femmes. La corpulence renvoie plutôt à la beauté, et donc à la minceur chez les femmes ; à l'inverse, pour les hommes, la corpulence est généralement reliée à l'idée de force pour laquelle un certain surpoids est accepté. Derrière l'obésité, associée à la santé, se trouve ainsi le plus souvent une question d'apparence, aussi bien dans le regard porté sur autrui que sur soi-même.

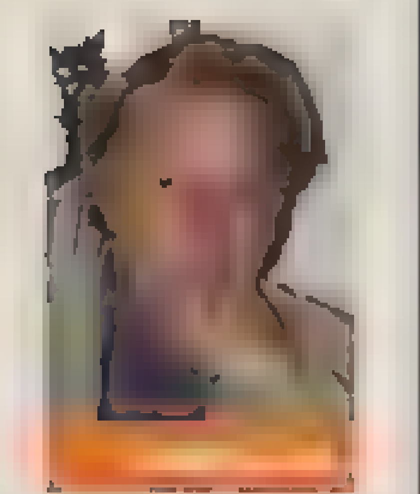
Les pratiques alimentaires et physiques entretiennent un lien étroit avec la corpulence et les représentations qui y sont liées. Le genre constitue donc également la dimension clé pour la compréhension de ces pratiques. C'est le cas, en particulier, des régimes alimentaires qui répondent eux aussi à une préoccupation surtout esthétique pour les femmes, plutôt médicale pour les hommes. De même, quand la pratique d'un sport est associée à une préoccupation de corpulence, les femmes visent surtout à perdre du poids, et donc à être plus minces, tandis que les hommes visent à en gagner, notamment en prenant du muscle, en lien avec la dévalorisation du sous-poids masculin.

Le rapport au corps dans nos sociétés contemporaines se fait sous l'égide de la responsabilité : nous apparaissons responsables de notre corps et de notre apparence. Nous partageons l'idée que chacun a le corps qu'il mérite. Les mots prononcés par la famille, les enseignants, les médecins, jouent un grand rôle dans ce phénomène (Grangeard, 2012). Si vous êtes trop gros, c'est donc votre faute. L'obésité est ainsi associée à de nombreux stéréotypes psychologiques, allant de la paresse à la bêtise ou au laisser-aller. On observe ainsi un glissement de la responsabilité de son corps à la culpabilité. La plupart des personnes obèses se sentent ainsi coupables de leur corpulence élevée. Elles incorporent, au sens littéral du terme, les normes du corps désirable et les stéréotypes dont elles font l'objet. D'où l'importance d'éclairer les processus de construction des inégalités de corpulence, afin de contribuer à lutter contre ces stéréotypes, dont sont plus particulièrement victimes certaines catégories de la population, et notamment les femmes. La corpulence apparaît ainsi comme un critère de distinction entre groupes sociaux et entre sexes qui ne tient pas seulement aux différences – naturalisées – de constitution physique, mais également, et peut-être surtout, aux modes de façonnement et d'appréhension du corps qui caractérisent nos sociétés. ▶

DOSSIER

L'obésité, une expression corporelle ?

Le poids du surmoi



Médecin directeur du CMPP Étienne-Marcel, Paris

Psychanalyste

Membre d'Espace analytique

Président du Collège international de l'adolescence (CILA)

L'abord du surpoids ou de l'obésité par le truchement du surmoi freudien répond à une clinique largement rencontrée à tout âge. Il fournira ici le fil rouge de la réflexion.

La culpabilité est souvent au premier plan des plaintes que nous entendons de la part des sujets en surpoids ou obèses que nous recevons pour des demandes de psychothérapie ou d'analyse. Elle se déclinera dans le cours de la cure sous de multiples aspects, dont je serais amené à déployer les incidences sur la surcharge pondérale.

L'image du corps est en jeu dans la constitution du sujet. Elle reste un invariant tout au long de la vie comme un baromètre narcissique subjectif. La façon dont un sujet se représente son propre corps est à la mesure de sa démesure. En effet, il est difficile de se représenter pour soi-même, et ce sont bien souvent les autres qui renvoient au sujet ce qu'il donne à voir.

Le surpoids ou l'obésité ont de multiples causes. Je me centrerai, pour ma part, sur les aspects psychopathologiques.

La culpabilité est donc une des racines inconscientes du surpoids, sans compter, bien sûr, avec une *pulsionnalité* orale qui déborde le sujet. Il en vient à être l'objet de cette pulsion, qui revient chaque jour, dans une répétition implacable, harceler le sujet tout en créant un excédent pondéral au fil des ans.

Cette fixation orale s'enracine très précocement dans l'histoire du sujet. Dans un rapport à la mère ou à ses substituts, l'introduction au manque et à la satisfaction orale va orienter la jouissance orale première. L'investissement ou les fixations orales du petit enfant ne sauraient se constituer sans la présence de l'autre ; c'est dans l'espace de ce lien entre demande et besoin que le manque va se constituer, essentiel à la structuration du sujet, condition même du langage. Car l'aliment n'est pas seulement un amas de composés nutritifs, c'est aussi un langage, des mots, en d'autres termes des signifiants, que nous ingérons et qui participent aux processus identificatoires.

À travers la *pulsionnalité* orale, l'environnement de l'enfant va répondre avec ses propres impasses. La domestication de la pulsion dans les premiers âges est essentielle pour l'avenir du sujet. L'introduction de la frustration est essentielle dans sa progressivité et dans ses aspects relationnels. La rage interne, bouillonnante parfois, dans des situations d'attente prolongée ou de sensation de faim intense va être progressivement apprivoisée.

Mais le sujet, quel que soit son âge, sera en résonnance avec ses premières phases de l'oralité. Les dérivatifs qu'il va trouver à la détresse première du nourrisson, les palliatifs qu'il va se construire, sont essentiels. En effet, l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, dans des moments de contrariété ou de frustration, quelle qu'en soit leur source, aura tendance à se reporter sur des gratifications orales. Du grignotage, devant la vacuité de l'ennui, à l'hyperphagie occasionnelle ou régulière face à une privation ou un affect dépressif… la compensation par l'ingestion de nourriture est un classique

La compensation par l'ingestion de nourriture est un classique.

Mais il est d'autres sources psychopathologiques des situations de surpoids ou d'obésité.

L'intime que nous pouvons atteindre dans des cures psychanalytiques nous autorise à émettre des hypothèses valables, en tout cas pour certains sujets, sans doute pas tous, car la dimension multifactorielle du surpoids et de l'obésité est évidente et reconnue par tous les praticiens. →

→ L'abord psychanalytique permet de décentrer la question du surpoids de l'abord médical, dans le sens où les dimensions sexuelle et inconsciente deviennent essentielles.

En effet, évoquer la dimension du symptôme corporel et la monstration des corps amène à repenser le sujet et son abord thérapeutique dans d'autres axes. Il s'agit d'entrer dans l'intimité de la chair, cette chair qui, précisément, fait symptôme. Le refoulement dans la chair comporte une autre dimension que le symptôme qui a des effets de limitation psychique : phobies, obsessions et autres. Ici, le symptôme se porte sur soi (et en soi par le biais du surmoi) et est offert au regard de l'autre. Cette dimension scopique mérite aussi d'être approfondie, tant sur l'image du corps propre au sujet que ce que le sujet montre à l'autre par les formes de son corps. D'autant plus que la férocité surmoïque va venir renforcer ce narcissisme défaillant.

Nombre d'adolescents s'installent dans un surpoids comme un mode de défense contre l'avènement du sexuel.

BIEN EN CHAIR

L'expression « bien en chair » signifie-t-elle pour autant que ce qui désigne le « bien en chair » comme une personne en surpoids se sente bien dans sa chair, bien dans sa peau, comme le dit le langage courant ? C'est sans compter avec l'image du sujet en surpoids qui, dans nos contrées, en lien avec les canons esthétiques contemporains, se sent mal dans sa peau : il porte le poids de son corps, mais, surtout, il porte le poids de sa culpabilité.

C'est pourquoi je propose de dire qu'il est « mal en chair », et que son symptôme se situe bien dans ce registre, celui du malaise, aussi bien corporel que celui de l'image qu'il a de lui-même comme de celle qu'il donne à voir aux autres. La culpabilité, symptôme courant que l'on retrouve dans diverses névroses, est ici, à mon sens, non seulement un symptôme psychique, mais aussi un symptôme incarné. Il est porté dans la chair même du sujet. Ce qui renforce la culpabilité psychique, car elle est « montrable », soumise au regard des autres en permanence. Même si les tenants du « *big is beautiful* » tentent de nous faire croire le contraire. Cela replace le débat dans une perspective où la question du surpoids se situe plus entre la chair et le verbe : en fait, entre le symptôme et son inscription dans le corps ; en d'autres termes, son incarnation.

Autant l'enfant est aussi sujet à ces risques de surcharge pondérale, autant il est, lorsqu'il est gros, malheureusement soumis aux quolibets et à la vindicte de ses congénères. Le poids de la culpabilité, de ne pouvoir résister aux sirènes de la pulsion orale, est à ce prix. Dès l'enfance, le gros est moqué, raillé, voire insulté. À ce propos, il faudrait nous demander pourquoi une insulte est renforcée, lorsque le mot « gros » la précède ? Les exemples sont nombreux parmi les plus usuels « gros con » ou « grosse p... ». Le terme « gros » est donc synonyme de dépréciation, tout du moins dans notre culture et à notre époque. L'enfant ne sait comment sortir de cette spirale infernale entre honte et culpabilité, entre le plaisir (coupable) de manger et la honte d'offrir au regard des autres une image de lui qu'il exècre. Mais, *a priori*, rien ne peut advenir pour qu'il puisse se dégager de l'emprise de la pulsion orale dont il reste le jouet. Les statistiques le disent : un enfant en surpoids aura toutes les chances de rester en surpoids à l'adolescence.

DÉSORDRES PULSIONNELS À L'ADOLESCENCE

Avec l'avènement de la puberté et la poussée pulsionnelle, les problématiques adolescentes se mettent en place. Le désordre pulsionnel se traduit dans le réel par un désordre qui se déploie sur plusieurs plans : les registres comportemental, amoureux, sexuel et, bien évidemment, alimentaire. Les fringales, envies impérieuses, quelle que soit la terminologie employée, ne font que traduire l'absolue nécessité de l'urgence de satisfaction de la pulsion. Mais, pour autant, ce désordre dans l'ordre pulsionnel n'entraîne pas de surpoids dans l'immense majorité des adolescents. C'est seulement si cette anarchie temporaire de la pulsion s'installe dans la durée et qu'elle s'associe de façon exclusive à la « malbouffe » et sur un terrain déjà susceptible de surpoids.

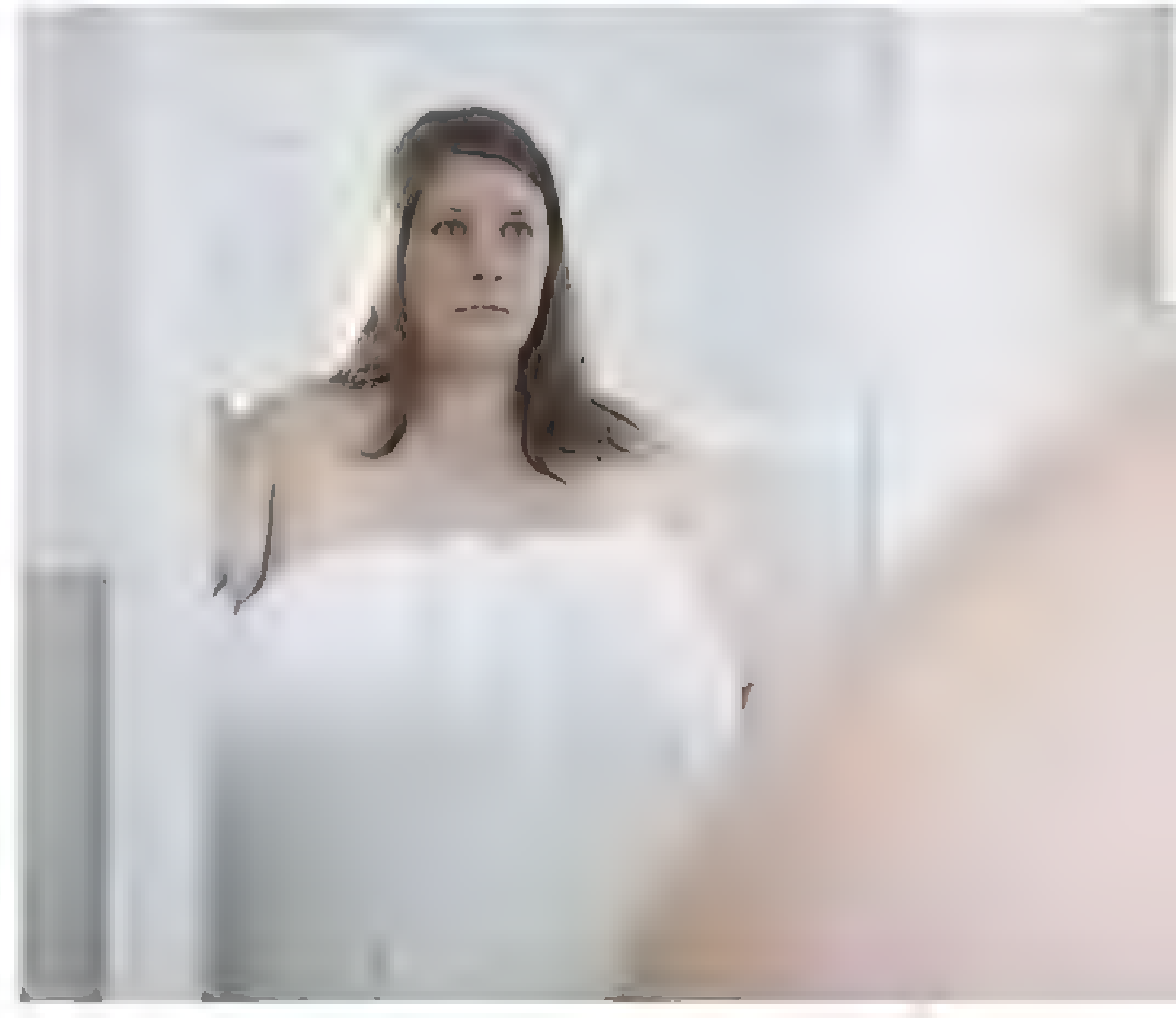
Les campagnes d'éducation au manger sain échouent le plus souvent, mais n'entraînent pas de dommages pour le plus grand nombre, qu'il faut « laisser manger » à leur guise pendant ce passage adolescent.

Cependant, nous observons que nombre d'adolescents et, surtout, d'adolescentes s'installent consciemment dans un surpoids comme un mode de défense contre l'avènement du sexuel. Ainsi, l'enveloppe corporelle de chair en vient à masquer les formes du corps de ces jeunes filles, ainsi que leurs caractéristiques sexuées qui pourraient attirer le regard et le désir de partenaires potentiels. Cette défense est souvent initiée comme une défense contre le désir incestueux du père, à l'instar de Peau d'âne qui revêtait la peau de cet animal dans l'espoir de décourager les désirs

incestueux de son père. Peau d'âne dans le conte, peau de graisse chez nombre d'adolescentes et de jeunes adultes.

PLEIN LE DOS

N'en pouvant plus de ses impasses relationnelles et de ses douleurs somatiques, un patient me demande une analyse. Vif, intelligent, il réussit bien dans le domaine professionnel, mais sa vie intime est « un désastre ». Il a pourtant emménagé avec sa compagne récemment, et ils parlent d'un projet d'enfant. Cependant, il n'éprouve peu ou pas de désir sexuel. Son plaisir, il l'obtient dans des gratifications orales, qui, au fil des années, a entraîné une obésité qui le gêne a un double titre : au niveau esthétique et pour le retentissement que cela a sur ses douleurs dorsales. Accidenté durant l'enfance, il a gardé des douleurs résiduelles importantes qui sont aggravées par son obésité. Il tourne en rond pendant des mois quand il se met à centrer son discours sur sa mère, sur ce qui ressemble à s'y méprendre à une dépression, mais qu'il n'avait jamais nommée ainsi. Il réalise que, malgré ses douleurs éprouvées durant son enfance et son adolescence, il « faisait le clown », tentant d'éveiller sa mère à la vie et de la distraire. Alors qu'il reprend une expression courante qu'il utilise souvent, « *j'en ai plein le dos* », il associe sur sa position à l'égard de sa mère. Le sens figuré de l'expression se révèle alors. En effet, dans sa vie d'adulte il avait conservé cette position subjective sacrificielle à l'égard de sa mère et la culpabilité de se sentir responsable de sa dépression. Il en était venu lui-même à s'identifier à sa mère au point d'être déprimé. Mais, aussi, il gardait à travers le symptôme obésité, une bonne raison de jouir de sa plainte somatique, pourtant très douloureuse. Il a fallu un travail de plusieurs années pour que ce patient, par le biais du transfert, se décale de ce masochisme et en vienne à un mode de vie moins axé sur la douleur et le mortifère. C'est ce décentrement par rapport à sa mère et un allègement de sa culpabilité qui l'ont autorisé à reprendre et à assumer pleinement un désir d'enfant avec sa compagne. Dès ce point franchi sur le plan de l'identification, ses modes de jouissance se modifient, et le recours à l'oralité se fait moins impérieux. S'en apercevant lui-même, il fit une première démarche importante pour lui : il prit un rendez-vous avec une nutritionniste. De là, avec la poursuite de l'analyse, le poids des kilos et de la culpabilité s'est enfin allégé, l'autorisant alors à perdre du poids. Ce résumé d'années de cure retrace succinctement un parcours difficile, chaotique, mais autorisant le sujet à renouer avec les pulsions de vie.



Déloger le sujet de ses ornières symptomatiques.

SYMPTÔME SOCIAL OU SUBJECTIF ?

Certes, nombre d'obésités ne sont que l'expression d'un malaise social, mais ce qui nous intéresse en tant que psychanalyste, c'est cet au-delà qui pourrait faire résonner des motions inconscientes permettant de déloger le sujet de ses ornières symptomatiques l'ayant conduit à s'installer dans une obésité. Il n'est pourtant pas possible de dire que nos cultures vont vers une esthétique du corps en surcharge pondérale. Cependant, il est une particularité retrouvée chez nombre de sujets en obésité, c'est qu'ils ont un rapport à leur propre corps qui révèle une dimension spéculaire spécifique. Les femmes comme les hommes ne se regardent pas, tant ils ont une haine de leur image et qu'ils ne veulent pas la voir. Ils essayent ainsi, dans une tentative ratée →

→ d'avance, de mettre en place des clivages leur évitant de se confronter au réel de l'importance du volume de leur corps et de la forme qu'il prend. Cependant, le quotidien de ces sujets est un évitement aussi du regard de l'autre, car il est susceptible de les renvoyer à des sentiments de honte. Celle-ci est suivie de près par la culpabilité qui semble insister, à la manière d'un surmoi féroce qui leur pointe un idéal : « *Tu as trop mangé, tu as cédé au plaisir de la chère, à defaut des plaisirs de la chair.* » Cette association m'est venue lors d'une interprétation délivrée à une patiente qui comparait ce qu'elle nommait « *les plaisirs défendus* » auxquels elle cédait : les plaisirs de la table, et ceux qu'elle s'interdisait et auxquels elle ne pensait jamais pouvoir accéder : les plaisirs de la chair Je lui avais alors demandé comment elle écrivait ce mot Je la renvoyais ainsi à la culpabilité consciente et inconsciente qui sous-tendait sa compulsion à manger dans une hyperphagie frénétique qui n'était qu'un déplacement d'une pulsion sexuelle impérieuse que rien ne pouvait assouvir jusque-là.

DONNER À VOIR

Le corps se donne à voir et, dans nos sociétés de la performance, le corps se doit d'être régi par des critères dominants qui sont d'apparition récente. Le mince, le maigre, voire au-delà, c'est à dire les images des mannequins anorexiques, représentent actuellement dans nos sociétés occidentales un idéal. Ce modèle esthétique féminin est bien évidemment impossible à atteindre : n'est pas anorexique qui veut ! Les « modèles », top ou pas, sont elles-mêmes soumises à la tyrannie de ces tendances esthétiques dictées par quelques stylistes de haute couture et suivies par des millions de femmes dans le monde occidental. Pour les hommes, la minceur est aussi de rigueur. La mode imposant comme idéal aux hommes de tous les âges un corps de jeune homme svelte, musclé et si possible bronzé Dans l'histoire, le « gros » ou le dodu a été largement apprécié, comme il l'est encore dans de nombreuses contrées. Dans une époque proche de la nôtre, les tableaux de la Renaissance, par exemple, nous laissent le témoignage des beautés faites de rondeurs et de formes féminines qui représentaient la beauté d'alors. En remontant les siècles aussi dans la peinture comme dans la sculpture, nous retrouvons les mêmes images de femmes rondes et bien en chair. La préhistoire nous a laissé la *Vénus* de Willendorf depuis le paléolithique supérieur, avec ses formes exagérément rondes. La plus célèbre, la *Vénus* de Lespugue, stylisée au point de lui donner un aspect moderne. Elle a pourtant environ vingt-cinq mille ans ! L'Antiquité nous laisse des témoignages de sculptures de Vénus ou d'Aphrodite callipyge qui soulève son péplos (voile) pour regarder ses fesses, forcément superbes. En effet, « callipyge » vient de *kalos*, « beau », et de *puge*, « fesse ». Aphrodite comme Vénus sont tout de même les déesses de la beauté, donc incarnent l'idéal esthétique offert à toute une civilisation. Pour les hommes, je mettrai en avant les développements de François Rabelais sur la constitution physique de l'homme (Lefourn, 2005). François Rabelais, à la fois écrivain, moine bénédictin, médecin et amateur de bonne chère et de boissons, est le créateur de Gargantua, cette créature excessive en tout, tant dans ses proportions que dans ses désirs gigantesques, y compris sexuels. Dans le chapitre « De l'adolescence de Gargantua », Rabelais écrit : « *Il testonnoit ses gouvernantes cen dessus dessous, cen devant derrière [...] et desja commençoit exercer sa braguette.* » Avec ses autres figures héroïques, Pantagruel ou Gargamelle, Rabelais parle de son époque, d'un temps où « gros » rimait avec « bonne santé » et où le gras ou l'excès la signifiaient tout autant. Les dimensions temporelle et culturelle sont importantes à souligner, tant les modes et les cultures peuvent changer.

EN FINIR AVEC LA JOUISSANCE ORALE ?

La problématique de la jouissance orale est bien souvent en lien avec une problématique œdipienne chez nombre de patients qui sont en surpoids ou en obésité. La limitation du caractère impérieux de la pulsion est nécessaire avant tout traitement possible de ce trop de chair. À travers le transfert, cette jouissance en excès peut se réaménager et trouver enfin ses résonnances inconscientes et aussi sa limite, permettant au sujet de retrouver un degré de liberté par rapport aux exigences de ses pulsions orales. Un régime ou un changement alimentaire n'a aucune chance de porter ses fruits sans ce travail préalable de psychothérapie ou de psychanalyse. De même pour les solutions médicamenteuses, anxiolytiques ou antidépresseurs qui ne font que tromper la faim et n'entament en rien la force de la pulsion orale. La culpabilité et la force du surmoi, la séparation impossible de l'objet de jouissance, sont bien souvent à l'origine du surpoids. La culpabilité s'entretient ensuite d'elle-même, du fait de la monstration du corps au regard de l'autre. Il est impossible au sujet de rester sur sa faim, de réfréner sa *pulsionnalité*, bien souvent déplacement d'une insatisfaction ou d'une défense devant le sexuel. ▶



Psychologue
Psychanalyste



Pédiatre

Parents d'adolescents obèses : Résistances et changement

Extraire un enfant de sa famille pendant quelques mois pour lui permettre d'engranger des changements de comportements qui l'aideront à stopper sa prise de poids bouleverse inévitablement l'équilibre systémique familial. Un travail psychique groupal peut être proposé parallèlement aux parents pour préparer le retour à la maison, un dispositif singulier où ils pourront déposer leur angoisse, leur culpabilité ou encore travailler sur un narcissisme abîmé…

Comment accompagner utilement le retour définitif en famille d'adolescents obèses, après un séjour de trois à six mois dans un établissement spécialisé ? Le plus souvent, ces séjours font bouger le jeune dans son rapport à la nourriture et, dans une moindre mesure, dans son rapport à lui-même. Mais pour qu'un changement soit durable chez un enfant ou un adolescent, son environnement humain doit également changer. *A minima.* Notre référence est autant winnicottienne que darwinienne : un sujet sans son environnement, ça n'existe pas ! L'hôpital de pédiatrie et de rééducation (HPR) de Bullion (78) accueille des adolescents obèses pris en charge par une équipe pluridisciplinaire au sein du service des adolescents (de douze à dix-sept ans), pour des séjours prolongés (de trois à six mois) pendant lesquels ils peuvent suivre leur scolarité[1]. L'objectif de ces séjours est d'aider le jeune à mettre en place des changements de comportement visant à stopper l'augmentation de sa corpulence, voire, si possible, à la diminuer (Grandazzi, 2005). Dans le cadre d'un partenariat Ville-Hôpital avec le Réseau de santé Le Pallium (78)[2], il est proposé, depuis deux ans, un atelier-groupe de parents[3] qui a pour objectif de préparer le retour des adolescents à la maison après plusieurs mois de séjour.

LES ENJEUX

Si ces adolescents en sont arrivés à cette situation d'obésité, sans en méconnaître la dimension plurifactorielle, c'est bien qu'un certain nombre de (dys)fonctionnements se sont mis en place, voire, pis, se sont organisés. Une telle organisation psychique (intrapsychique et interrelationnelle) s'inscrit très tôt, soit parce qu'elle est déterminée par un style relationnel avec l'autre marqué par une dimension orale prépondérante, soit parce qu'elle fait suite à une rupture de la continuité d'existence de l'enfant avec son environnement ; l'organisation est alors réactionnelle. La plasticité psychique que Sigmund Freud avait déjà identifiée comme un facteur majeur de changement doit faire face à ces sortes d'empreintes, facteurs d'inertie, qui se mettent en place très précocement. Et quand l'économie psychique de l'une (la mère) impacte l'économie psychique de l'autre (le jeune enfant), alors, oui, ces automatismes de fonctionnement sont de véritables empreintes. Ces courts-circuits pulsionnels sont à l'origine de tant d'usantes répétitions comportementales. L'obésité d'un adolescent est (déjà !) chronique, et on saisit mieux ainsi les difficultés à l'aider à perdre du poids. →

Notes

1. Voir les recommandations de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_les_etablissements_de_ssr.pdf

2. José Polard est responsable des « Mercredis d'Hélium », un dispositif créé par le réseau de santé Le Pallium qui prend en compte l'environnement familial quand l'un de ses membres (adultes, enfants ou adolescents) est malade (grave ou chronique). Ses réponses : travail psychique, art thérapie, relaxation.

3. Action soutenue et financée par la Fondation Mustella.

→ Tout changement de la part d'un adolescent hors de sa famille déstabilisera l'équilibre systémique construit peu à peu et le mettra en porte-à-faux dans ses loyautés et sa fidélité psychiques. Par ailleurs, on connaît les peurs qui surgissent face à tout changement, même si celui-ci est désiré. Alors, inévitablement, des résistances parentales se manifesteront, en cours de séjour et après. Nous avons conçu notre proposition d'atelier-groupe comme une opportunité pour ces parents, une chance pour que leurs freins, conscients et inconscients, puissent se manifester et s'exprimer À charge pour nous de les aider à en prendre conscience, à les dépasser, en les reconnaissant chez les autres et donc chez eux-mêmes. Et pourquoi ne pas expérimenter d'autres manières de penser et de faire ?

L'ATELIER-GROUPE DE PARENTS

L'adhésion des parents au projet de soin est fondamentale, car l'adolescent va avoir besoin de leur soutien. Ils sont donc vus individuellement par le pédiatre ou par d'autres intervenants du séjour à plusieurs reprises avant et durant le séjour, et lors de la sortie. L'atelier-groupe, quant à lui, focalisé sur un travail psychique groupal avec les parents, se situe un peu avant la fin du séjour. L'objectif est de mettre au jour les résistances familiales pour pouvoir les travailler, puis de soutenir le retour de leur enfant et d'anticiper les inévitables tensions liées à tout changement. Une même action sera envisagée[4], quelques semaines après le retour de l'adolescent, afin de travailler les conflits dans l'après-coup. D'une durée de trois heures, il comprend deux temps : un temps de groupe de parole, puis un autre basé sur des jeux de rôle, des mises en situation d'interactions familiales. Il est coanimé par un psychologue-psychanalyste du réseau Le Pallium et une pédiatre de Bullion, en charge des adolescents, et donc connue des parents. Au cours

Les parents rapportent que leur enfant a modifié ses comportements alimentaires sous l'influence de la dynamique de groupe.

de nos ateliers, nous recevons quatre à six parents[5]. Techniquement, le dispositif vise à créer une dynamique de groupe *via* une certaine illusion groupale initiale qui permet aux parents des échanges et une parole plus profonde et, ensuite, une confiance suffisamment



bonne pour jouer et expérimenter, *via* le jeu de rôle, leurs difficultés et certaines trouvailles[6]. Soutenu par la présence des autres parents, chacun peut exprimer les inquiétudes, les interrogations et le sentiment d'exclusion liés aux difficultés rencontrées. Ces jeunes accueillis à Bullion ont souvent bien d'autres soucis que leur « trop de poids », et les parents ont un énorme besoin d'en parler. Violences subies (nombreuses situations de bouc émissaire) ou alors agies (échec scolaire pour certains, dépression infantile pour d'autres), sans parler d'histoires familiales souvent discontinues.

GROUPE DE PARENTS ET TRAVAIL DE NARRATION

Qu'observe-t-on chez les stagiaires durant le séjour ? Ils bougent, ils perdent parfois du poids (un peu), modifient leurs comportements alimentaires sous l'influence de la dynamique du groupe de pairs... Certains changeraient aussi psychiquement (Grandazzi, 2005). C'est ce que rapportent la plupart des parents, avec plaisir et même fierté, quand les comportements traduisent de manière visible un changement. C'est bien parce qu'il y a cette prime à l'effort, à la maturité chez leur fils ou fille (enfin des compliments !) que les parents peuvent ensuite raconter. Raconter les années de souffrance muette, dissimulée, quand il était fait état des maltraitances dont l'enfant était victime ; moqueries, railleries, violence verbale



ou par les yeux[7], mais aussi mauvais traitements. Souffrances si difficiles à supporter, « *encore plus pour une mère* », comme cela a été dit lors de ces groupes. Raconter les années de solitude réelle et psychique, et ce dysfonctionnement alimentaire qui envahit tout. Parmi les parents de l'atelier-groupe, on compte de nombreuses familles monoparentales, familles recomposées ou alors des couples séparés. Cela induit une difficulté supplémentaire, le territoire familial étant peu clair (Polard, Le Diuzet, 2003). Et c'est souvent la mère qui est là, seule. Raconter les années d'incompréhension, l'échec de la pensée autrement que dans l'ici et maintenant : « *Pourquoi il grossit autant ?* » ; « *Pourquoi lui et pas sa sœur ?* » ; « *Au pays, c'est comme ça, on donne plus à manger aux garçons !* » ; « *Qu'est-ce qui s'est passé depuis trois ans pour qu'elle prenne autant de kilos ?* » ; etc. Raconter les années de culpabilisation, activée par soi, par les autres et leurs regards, par le médecin qui fait des reproches, par le mari ou la femme. Et même par l'enfant : « *Tout ça, c'est de ta faute si je suis gros.* » D'autant que le discours extérieur n'est pas simplement blessant quant à l'image de soi. L'estime de soi est sévèrement entamée, puisqu'il est renvoyé au jeune et à sa famille leur pleine responsabilité[8]. Évidemment, chez les parents en surpoids ou en obésité, cela amplifie encore leurs sentiments de culpabilité. Les dévoiler est l'un de nos objectifs majeurs.

En fait, il s'agit pour chacun de raconter et d'écouter en groupe, pour commencer à sortir de ça, pour commencer à sortir de soi : il s'agit là d'un travail de narration collective, d'un travail de réétayage narcissique et identitaire pour ces parents blessés. Aborder ses difficultés en groupe permet de se dégager d'un vécu par trop individualisé, source de nombreuses logiques de culpabilisation. En s'exprimant ou en trouvant chez d'autres parents une problématique similaire, il y a une identité commune qui crée un sentiment d'appartenance au groupe. Les récits que font les parents esquissent une histoire des difficultés de chacun, et les échos des autres participants du groupe à ces récits peuvent être des solutions imaginées, des rapprochements de situations qu'ils ont eux-mêmes connues, des causes envisagées ou des réflexions existentielles. Chaque parent du groupe peut s'y retrouver, les transformer, s'y opposer. Ils questionnent leur façon d'être parent en fonction de celle des autres parents, de leur passé respectif, des désirs qu'ils portent sur leur enfant et en fonction de l'environnement. Certains trouveront une cohésion dans la nécessité inévitable de contenir et de limiter les désirs infantiles. Ils peuvent éventuellement se rappeler leur enfance, y trouver une des raisons de la difficulté qu'ils ont à dire « non » à leur enfant. Le groupe de parents est autant un contenant de l'angoisse qu'un réparateur du narcissisme parental abîmé.

ENTRE L'ADOLESCENT OBÈSE ET SES PARENTS, UNE SÉPARATION PROBLÉMATIQUE ?

L'adolescence est la seconde période de séparation-individuation, celle où des réaménagements psychiques permettent à l'adolescent(e) une autonomisation et un passage progressifs vers l'âge adulte. L'obésité, →

Notes

4. Faute de financement, cette action est actuellement en attente...

5. Le groupe peut accueillir jusqu'à dix parents, mais la localisation géographique de Bullion rend tout déplacement difficile. Nous ne mésestimons pas, par ailleurs, les résistances parentales face aux possibilités de remise en question et de changement que comporte cet atelier-groupe de parents.

6. La conception dynamique des groupes de Didier Anzieu et l'espace transitionnel cher à Donald W. Winnicott sont les supports théoriques de ce dispositif.

7. Insister du regard ou, au contraire, ne pas voir, sont autant de violences faites avec les yeux.

8. Sans parler de la dérive de certains chercheurs américains qui préconisent de supprimer la garde aux parents d'enfants obèses http://www.atlantico.fr/decryptage/obesite-malbouffe-etats-unis-havard-garde-enfants-parents-146914.html.

→ avec son impact corporel, sa logique de dérivation courte quant aux satisfactions orales, peut contrarier ce processus et ses enjeux narcissiques et l'entraîner vers une organisation figée au service de l'oralité immédiate, plutôt que la génitalité ultérieure.
Du côté des parents, de manière complexe et différente selon les situations, on retrouve souvent une forte ambivalence : changer / ne pas changer comme un écho de se séparer / ne pas se séparer (Grangeard, 2012). Quel que soit le motif, cette ambivalence est toujours au cœur des résistances familiales. Les parents font souvent un lien entre un épisode de leur histoire passée ou actuelle et ce que vit leur ado : un lien qui traduit l'impact psychique entre réparer sa propre enfance, une séparation non faite avec sa propre mère, le décès d'un proche survenu de nombreuses années auparavant, un travail de deuil non fait, un conflit conjugal, une brutale reprise du travail… Autant de motifs sous-jacents pour (trop) le protéger et le placer ensuite dans l'attente d'une sorte de réparation par la toute-puissance maternelle avec la prime de plaisir liée à la nourriture. Pour certaines mères, le surinvestissement alimentaire par leur enfant est la traduction de ce lien encore trop fort à la petite enfance. Quand cette réparation maternelle ne peut pas être limitée, l'adolescent impliqué entre dans un *no man's land*, hors contact avec les autres.
D'ailleurs, qu'est-ce qu'une surprotection qui s'installe, si ce n'est un refus de la séparation et un abus de protection ? Dans certaines situations, sous couvert de protection, ce sont de véritables conduites abusives. Comment les comprendre ? Tout simplement parce que cette surprotection est un excès de protection. Nous savons bien que ce qui fait trauma, c'est l'excès. La théorie de l'attachement, d'ailleurs, lorsqu'elle articule attachement sécure et expériences d'exploration, explicite finement cette dimension (d'ouverture ou de fermeture) du lien entre la mère (les parents) et le jeune enfant. Un enfant durablement surprotégé[9] est, d'une certaine manière, un enfant abusé.
Nous sommes là au cœur des enjeux d'un tel groupe de parents : comment aider ces femmes et ces hommes (même si les pères sont bien moins présents) à dénouer ces surinvestissements et contre-investissements qui brouillent, emmêlent, la relation avec leur fille, leur fils ? Comment les aider à rester disponibles au changement, dans le lien avec leur adolescent obèse, sans l'envahir ? Comme avec tous les adolescents ! Une manière de rappeler que le signifiant majeur, pour nous, n'est pas « obèse », mais « adolescent ». Celui-ci, en liens étroits avec ses parents et sa famille, ne peut modifier sa manière d'être sans eux.

> *Comment aider ces parents à dénouer ces surinvestissements et contre-investissements qui brouillent la relation avec leur enfant ?*

MISES EN SITUATION ET PROBLÉMATIQUES JOUÉES

À partir des récits que font les parents se dessine une trame commune, une base pour les propositions de mise en situation. Au début, il y a toujours une hésitation, voire une crainte, qui se dépassent ensuite rapidement, la dynamique groupale aidant. Et puis, si l'espace du groupe est sécurisant, permettant une parole intime différente de ce qu'elle peut être à l'extérieur, alors l'espace du jeu est prêt.
Nous avons déjà souligné la dimension chronique de l'obésité à l'adolescence, en grande partie parce qu'il s'agit du résultat d'une organisation psychique singulière, mais tout autant d'interactions familiales. On ne peut manquer d'être frappé de la manière, chez l'humain, dont la répétition du même, jour après jour, aveugle. Tout observateur étranger détecte immédiatement le symptôme obésité, les conduites pathogéniques alimentaires. Pas eux. Il y a une sorte de point aveugle qui s'est installé. Sans réflexivité. Ces parents ne se voient pas agir, réagir. Avec les mises en situation, ils voient les autres parents. Ils se reconnaissent chez les autres parents ou se voient dans le regard des spectateurs. Ce sera un changement de perspective propice à certaines prises de conscience.
Le meneur de jeu propose une première scène, condensation d'interactions familiales singulières, souvent autour du repas, de la nourriture, temps propice aux interactions familiales. Évidemment, en cours de jeu, chaque parent peut y adhérer ou transformer la scène. Dans notre dispositif, c'est l'un d'entre nous qui joue l'adolescent – du moins dans un premier temps –, si les besoins de la scène le nécessitent. Mais le rôle est « jouable » par tous. Nous esquisserons trois thématiques scénarisées parmi les principales qui se sont dégagées de ces mises en situation. La première met en jeu des conflits de loyauté (Grangeard, 2012) entre le jeune et les deux parents. Derrière ces conflits de loyauté, on repère aussi plus ou moins explicitement des conflits de couple ; la fixation orale et l'hyperphagie de l'enfant sont alors une des conséquences. Une scène, par exemple,

où un adolescent lance à l'un de ses parents qu'ils sont tous (plus ou moins) gros dans la famille ; on entend alors l'idée, latente, de trahir sa famille. Le ressort du changement nécessite un dénouage des loyautés invisibles [10].

La deuxième thématique fait appel aux notions complémentaires de limites, d'autorité, de tiers symbolique. Un parent essaye, par exemple, d'appliquer les suggestions des professionnels du séjour à Bullion quant à l'alimentation et à son accès. Souvent, les scènes jouées montrent les mères démunies face aux exigences d'immédiateté de leur enfant ou à un père absent, laxiste ou, pis, sapant la parole maternelle. Ces parents dépassés semblent trop fatigués pour affronter les cris et les pleurs face à un refus, ils finissent par céder et laissent l'enfant-prince devenir un ado-roi acceptant difficilement les frustrations. Que constate-t-on ? La difficulté est de tenir la limite dans le temps et la durée. Il y a, chez nombre de parents, une entame de leur légitimité à tenir le « non » qui les insécurise et les fait flancher. Or, pour l'adolescent, l'expérience de s'affronter (Winnicott, 1969) à cette limite parentale est essentielle pour l'introjecter, mais aussi pour démêler et séparer le fantasme d'omnipotence et le fait essentiel de se sentir réel et vivant. Ici, notre tâche est du ressort de la sensibilisation.

La troisième thématique recouvre des conduites d'empiètement, c'est-à-dire lorsqu'un parent (souvent la mère) anticipant, méconnaissant, surprotégeant son enfant, contrarie les possibilités qu'il a d'expériences symboliques qui favorisent un remaniement psychique. Dans ce genre d'interactions parent-enfant, le registre alimentaire deviendra avant tout une série de réactions à cet empiètement. Techniquement, ces scènes sont assez faciles à jouer : il suffit, pour les participants, de surjouer les scènes, mimant aisément ces conduites d'empiètement. Les spectateurs, aux réactions parfois très vives, se proposent pour jouer la situation différemment. Et un débat vif s'installe.

POUR CONCLURE

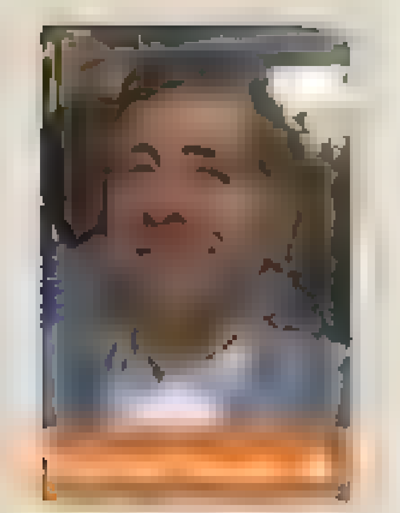
L'obésité est une problématique complexe, et l'adolescence une période de vie parfois compliquée. Beaucoup d'humilité s'impose à tous les acteurs de ces champs cliniques... Sont alors requis désir, ténacité et inventivité. ◗

Notes

9. Le préfixe « sur » exprime l'intensité.

10. Les loyautés conscientes, mais aussi celles qui sont invisibles, définissent le territoire d'appartenance et l'intimité familiale.

DOSSIER
L'obésité, une expression corporelle ?



Psychiatre
Praticien hospitalier (Asm13)
Psychanalyste (Spp)
Consultant de Clpsya

Émergences du corps dans le travail du

Au cours d'un travail de psychanalyse de groupe avec des patients obèses, des phénomènes transférentiels peuvent être captés dans le corps du thérapeute qui devront être symbolisés dans le travail thérapeutique. D'où l'importance de l'aménagement d'un cadre propice à l'accueil de ces mouvements, notamment par la composition d'une équipe de cothérapeutes.

L'expérience du travail psychothérapeutique individuel avec des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires, notamment les patients en surpoids, a conduit à l'idée de proposer, à un certain nombre d'entre eux, un traitement de groupe. En effet, lors des traitements individuels, la rencontre avec le thérapeute s'établit sur une impression d'étonnement à l'idée de pouvoir être écouté, voire d'avoir enfin été compris. Cela conduit à une fascination qui se traduit par une idéalisation difficilement élaborable.

Le thérapeute est investi magiquement comme la seule personne pouvant comprendre et, en conséquence, se trouve face à une « obligation » de résoudre tout problème qui apparaît. Ce mouvement transférentiel comporte des risques inévitables. Le bonheur d'être enfin reconnu et compris, avec l'illusion que l'amour imaginé et imputé au thérapeute est omnipotent, crée une attente magique de changement rapide dans toute la gamme de la vie du patient. Le thérapeute est mis sur un piédestal. Les patients en rêvent, en parlent à toute occasion, lui écrivent, apportent des cadeaux, imaginant qu'il devine leurs pensées ou qu'il a connu des expériences similaires, puisqu'il les comprend.

La déception ne tarde pas à venir, donnant lieu à des situations de crise transférentielle. Celles-ci peuvent conduire à un mouvement dépressif ou à des mouvements bien plus difficiles, comme des haines transférentielles, des réactions thérapeutiques négatives et-ou des ruptures. L'enjeu de la prise de conscience du mouvement transférentiel et, par conséquent, de son issue, constitue toute la difficulté des thérapies engagées. La massivité de ces mouvements doit être sculptée, ciselée, pour donner une forme élaborable à l'informe des mouvements inconscients qui émergent et assaillent l'appareil psychique des patients. Ces éléments n'appartiennent pas au registre du refoulé, éléments qui ont subi une inscription et une élaboration avant d'être écartés du champ de la conscience. Il s'agit, au contraire, d'éléments clivés qui apparaissent donc violemment, sauvagement, et mettent l'appareil psychique du patient à rude épreuve. Lorsque l'analyse permet leur apparition, ils sont vécus par le patient, mais captés au moyen de l'identification projective par l'analyste. La thérapie individuelle s'avère souvent un contenant incomplet et nécessite le recours à une thérapie en groupe. Je vais montrer l'intérêt certain de celui-ci avant de proposer une discussion théorique.

LES GROUPES CONSTITUÉS

Au sein de notre centre psycho-alimentaire, nous rencontrons plusieurs formes de psychopathologie. Certains patients présentent une pensée plus près du fonctionnement névrotique pouvant supporter la frustration, la différenciation de soi et de l'autre, de la temporalité, d'autres sont beaucoup plus près d'un fonctionnement limite.

Ainsi avons-nous fait le choix de constituer différents types de groupe. Pour les patients avec une associativité plus fluide et une capacité de représentation plus évoluée, nous avons constitué un groupe thérapeutique classique, appelé

contre-transfert

« Moi et au-delà de mon poids » ; pour les patients dans l'immédiateté d'un besoin, un groupe intitulé « Groupe de soutien à la perte de poids ». Ce groupe, à durée limitée et avec le prétexte manifeste de la perte de poids, vise la possibilité d'accéder à une image plus précise de leur corps, de leur poids, de leurs comportements alimentaires, des impasses de leurs efforts thérapeutiques entrepris jusque-là. Les patients y trouvent un appui simple à leur investissement de la fonction alimentaire, mais qui permet des changements d'habitudes alimentaires. Le nombre de patients varie de cinq (au minimum) à dix. Nous n'allons pas insister sur l'importance du cadre qui est déjà décrite dans les ouvrages classiques (Anzieu et coll., 1972 ; Bion, 1965). L'observation de ces patients nous a permis de distinguer une indifférenciation des sexes des parents dans la construction de leur imago parentale. Tout se passe comme si le sujet excluait la dimension sexuelle du couple parental dans la construction de la scène primitive. Masculin et féminin se trouvent ainsi dans un magma parental. En effet, la fonction symbolisante a été déjà perturbée lors des premiers temps du stade oral, au moment de ce que Donald W. Winnicott (1988) décrit comme le premier nourrissage théorique. En ce qui concerne nos patients, nous observons une difficulté de différenciation de soi et de l'autre et de l'intentionnalité du geste nourricier. Le geste ne correspond pas à une réponse des besoins de l'enfant, mais est vécu comme quelque chose qui a lieu hors temps et hors besoin de l'enfant, dans un désir mal défini quant à son origine et à sa nécessité, comme si le petit et la personne qui le nourrissait étaient en désaccordage. L'enfant futur patient ne peut pas ainsi accéder à une première expérience de satisfaction (Gougoulis, 2008), base nécessaire pour la construction de la fonction du désir lié à des représentations différenciées de la réalité et du temps. Tout est vécu dans une fusion et une difficulté de différenciation. Aussi nous est-il paru intéressant de matérialiser deux pôles distincts qui se complètent, où l'un commente la parole de l'autre, comme si des parents échangeaient en présence des enfants. Ainsi incarné, l'espace du groupe répond aux difficultés de triangulation et de différenciation des sexes. Il agit encore comme un tiers, introduit un paramètre facilitant la fluidité associative et une reprise différenciée de la parole thérapeutique émise. Par ailleurs, la rencontre entre des personnes se vivant comme « seules » permet de décliner le mot « solitude » au pluriel et, par conséquent, de le relativiser, à savoir tailler dans la masse informe de la souffrance et d'en ciseler les contours. Notre travail vise à créer un cadre qui permettra au patient de s'intéresser à ses productions psychiques sans plus les subir comme des sensations sans représentation ou avec un sentiment d'écrasement de la pensée menant parfois à un vécu persécutif. Le groupe devient, de ce fait, un contenant où la dimension triangulaire permet la création d'un espace où une fonction symbolique peut advenir

ILLUSTRATION CLINIQUE

Nous allons maintenant illustrer notre propos avec une séquence du groupe « Moi et au-delà de mon poids », qui fonctionne depuis plus d'un an et qui a déjà acquis une fonctionnalité. Ses membres se sentent à l'aise dans la circulation de la parole qui ne se focalise par sur une personne, mais relève un thème qui se décline au pluriel et duquel chacun tire des idées en s'appuyant sur la processualité groupale Dans ce contexte, les membres se permettent une liberté d'expression tout en venant avec des traits de caractère sinon clairement définis, du moins esquissés . Aurélie pleurniche et, dans chacune de ses interventions, fait tout passer par le filtre de la présence de sa mère, dont elle ne peut se détacher ; Madeleine parle peu, hyperémotive elle aussi, ne peut s'empêcher de beaucoup pleurer, →

→ systématiquement ; Roselyne, subtile et fine, participe aux mouvements groupaux tout en sachant prendre une distance au regard de ses problèmes personnels ; Alouette note comme une secrétaire atypique ; Cristalie a l'art de placer une remarque sarcastique à tout bout de champ, et surtout lorsque l'on s'y attend le moins ; Émeraude, femme pratique et battante, s'exprime avec une certaine gouaille, sa manière à elle de survivre ; Nicole, toujours en réserve, semble n'avoir pour préoccupation constante que d'équilibrer son assiette.
Côté thérapeutes, nous sommes trois : une thérapeute incarnant le pôle féminin, moi-même me situant au pôle masculin, et la diététicienne qui, par sa jeunesse, tient un rôle d'observateur.
Ce samedi-là, la séance du groupe avait commencé un peu en retard, les patientes traînaient dans la salle d'attente et la séance avait du mal à se mettre en route. D'habitude, dès qu'un membre lançait un thème, le groupe s'en saisissait, tous brodant autour d'un fil rouge plus ou moins perceptible, souvent en continuité avec la séance précédente. Là, rien ne prenait forme, même la maman d'Aurélie faisait défaut dans la circulation de la parole !
L'une partait sur les événements de la semaine, l'autre sur une préoccupation de l'instant, Roselyne faisant des remarques générales, d'ordre philosophique, Cristalie faisant en écho un sarcasme, Émeraude semblant ne rien y comprendre et Alouette griffonnant, alors qu'elle avait pu, depuis peu, abandonner ce fonctionnement. Rien ne prenait forme, une sorte de masse, une parole bavarde et creuse, un bourdonnement badin.
Progressivement, j'ai senti une sorte de lourdeur m'envahir, ma pensée s'endormait, mon corps m'échappait. Une chape de plomb pesait. Dans cette perception, à travers mon corps, j'ai reconnu un mouvement contre-transférentiel. J'ai donc pensé que le groupe vivait une sorte de mouvement désintégratif face à quelque chose qui circulait, mais qui n'arrivait pas à prendre forme, quelque chose de violent en relation avec la pulsion de mort. Le cadre du groupe, tel que nous l'avons créé ici, me permettait de vivre en silence ces mouvements. Effectivement, la présence de ma cothérapeute assurait la continuité de la séance sans que j'aie l'obligation d'avoir une part active.
Les patientes lançaient des regards anxieux et étonnés à ma cothérapeute. Elles ont fini par s'interroger sur cette présence étrange, assez inhabituelle de ma part, comme si j'étais absent psychiquement. La cothérapeute se rendant compte du malaise dans le groupe m'a interpellé, m'aidant à me sortir de cette torpeur. J'ai alors fait part d'une interrogation qui m'avait saisi sur ce qui était en train de circuler dans le groupe, quelque chose qui n'avait pas de forme précise et qui me mettait à mal de penser. J'ai insisté sur ces deux dimensions de l'informe et de la mise à mal de la pensée.
Le groupe, alors, est venu au secours du thérapeute. C'est Aurélie, passant comme d'usage par le filtre de sa mère, qui a commencé par évoquer une colère meurtrière qui l'envahissait, mais qu'elle n'était jusqu'alors jamais parvenue à exprimer, tant elle était saisie de panique coupable de se séparer de sa mère. Émeraude l'a aussitôt invitée à en parler, s'appuyant sur l'ambiance de confiance et de partage bienveillants caractérisant le groupe. Mais Aurélie s'est aussitôt réfugiée derrière un argument d'intimité rendant impossible toute confidence, là où, paradoxalement, elle admettait s'être répandue auprès d'amies. Tout se passait comme si on devait aller la chercher. J'ai saisi l'occasion pour relier cette impossibilité avec ma propre réaction d'absence psychique, disant qu'elle avait du mal à parler là où cela comptait, comme si elle avait peur de la réaction des personnes en qui elle était censée faire confiance. De manière assez surprenante, Aurélie a alors pu parler de la mort récente de son père et des répercussions dans sa vie. Bien sûr, elle passait par sa mère, mais, cette fois-ci, cette relation fusionnelle mortifère ne masquait plus ses préoccupations et sa douleur d'avoir perdu son père, figure à la fois salvatrice et ambiguë. Émeraude a rebondi sur le sujet de la mort du père, évoquant, à sa manière faussement distanciée, sans émotion apparente, le suicide de son père. Roselyne a fait une élaboration sur la mort dans les familles, sans toutefois se référer au suicide de sa grand-mère. Alouette, quant à elle, a associé sur une visite qu'elle venait justement de faire sur le tombeau de son père, à qui elle racontait des choses qu'elle aurait voulu pouvoir raconter de son vivant. Elle assumait une nouvelle dimension de sa liberté de penser et de vivre à laquelle le père avait barré l'accès.
Reprenant la parole, Aurélie s'est alors laissée aller à l'évocation de ses propres dilemmes emprisonnant sa vie : Comment survivre à une mère qui la hait depuis toujours, l'ayant rendue coupable du placement de son frère handicapé ? Comment survivre au comportement ambigu d'un père qui, d'un côté, la sauvait de la haine de la mère et, d'un autre, la mettait dans des situations embarrassantes, incestuelles ? Elle a continué à illustrer cette situation dramatique, nous racontant alors qu'elle avait dû, vers l'âge de onze ans, griffer son père pour se protéger d'un geste ambigu. Ce qui lui avait valu d'être

Le groupe permet la création d'un espace où une fonction symbolique peut advenir

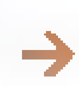
traitée de « méchante » par sa mère. Elle ne se rendait pas compte du lien entre sa propre confusion, son impossibilité de penser et l'impact même des injonctions paradoxales et perverses des deux parents. Roselyne a réagi, lui expliquant qu'elle vivait des doubles peines : d'un côté, elle était maltraitée par son père ; d'un autre, elle était constamment coupable, quoi qu'elle fasse. Ma cothérapeute est intervenue pour souligner alors comment on est assigné à une place de victime et comment on se construit un mythe familial avec des rôles définis et figés. De grandes émotions étaient palpables dans l'ambiance du groupe, Roselyne allant jusqu'à évoquer la chaire de poule qu'elle avait ressentie. Madeleine, silencieuse jusque-là, mais n'en perdant pas une miette, s'est mise à pleurer, disant que cela faisait écho à sa propre histoire. Au bout d'un moment, toutes se sont tournées vers moi dans un regard interrogatif. J'ai réalisé dans ce mouvement que les participantes avaient rebondi sur ce thème de mort, de mise à mort, de danger de mort psychique, une absence à soi-même, précisément vécu comme moment de désintégration du groupe et qui était au cœur de la problématique de ce matin, mais qui n'arrivait pas à prendre forme, tant il était intense. J'ai alors évoqué le thème de la difficulté de formuler certains sujets intenses, disant comment moi-même j'avais le sentiment d'avoir été empêché de penser lors de la séance même. J'ai expliqué ainsi comment l'intervention de la cothérapeute m'avait en quelque sorte réveillé et avait permis la recirculation des idées et le soutien du groupe au thérapeute. J'ai insisté sur le fait que la présence d'un tiers me permettait de ne pas me sentir seul, tout comme le groupe avait pu permettre à Aurélie de ne pas être seule avec sa douleur confuse. Se confier à sa mère lui a toujours valu jusque-là d'être rejetée, culpabilisée. Comment donc faire confiance ? Voilà où était sa difficulté à nous parler, ce qu'elle pouvait désormais elle-même comprendre grâce à l'effet de la circulation de la parole du groupe. Nous observons fréquemment que le groupe, avec sa fonction de décliner « la solitude » au pluriel, évite l'exclusion et la honte, sortant l'individu de ses prisons internes. En fait, Aurélie avait projeté dans le groupe un affect impossible à verbaliser, mouvement d'investissement transférentiel capté par moi, puis remis en circulation par le groupe. L'ensemble de cette transformation permettait à Aurélie et à moi-même de ne pas nous sentir seuls avec cette pesanteur. Le groupe a poursuivi la séance avec une étonnante fluidité de transformation du matériel. Alouette a fait un parallèle avec son propre sentiment de liberté récemment trouvé, comparable à l'idée d'un réveil après une longue et profonde léthargie, comme on la décrit dans les contes de fées. Roselyne, en riant, a précisé l'image évoquant le baiser du prince venant réveiller la Belle au bois dormant. Elle invitait ainsi Aurélie à sortir de sa léthargie de survie, en lui disant que, désormais, il s'agissait de vivre, quitte à laisser derrière elle sa sorcière de mère et ses pommes empoisonnées. Les associations allaient dans le sens des contes et des mythes. La thérapeute est intervenue, soulignant que notre séance avait permis de libérer les mythes familiaux figés, les allégeant d'un poids écrasant. À la fin, j'ai souligné la possibilité retrouvée des patientes à partager en confiance et à assumer leur histoire. Aurélie s'est alors étonnée de ce qu'elle venait enfin de comprendre : un nouveau sens du mot « légèreté ».

CORPS ET IDENTIFICATION PROJECTIVE

Des expériences cliniques m'ont servi à reconnaître l'apparition de phénomènes corporels en séance comme une présence informe (sans représentation) de mouvements transférentiels violents que les patients projettent sur le mode de ce que les tenants de l'école de Melanie Klein décrivent comme « *identification projective* ». Il s'agit de phénomènes complexes dans lesquels il faut reconnaître non seulement la dimension de l'expulsion du champ symbolique, mais aussi une tentative paradoxale de communication, qui met le thérapeute au défi (Rosenfeld, 1971), dont je donnerai un exemple. Il y a longtemps, j'avais suivi un patient schizophrène. À chaque séance au CMP, dès son arrivée, je luttais pour ne pas m'endormir. Mes paupières devenaient lourdes, le sommeil m'envahissait ; parfois, je me pinçais pour rester éveillé. Il m'a fallu un moment pour saisir le phénomène comme un envahissement par la pulsion de mort. J'ai dû lutter longtemps avec ce désagrément qui n'a rien à voir avec d'autres phénomènes comme être bercé par un rêve et se laisser aller à une rêverie associative. J'ai ainsi acquis une sorte d'hypervigilance avec ce patient. En effet, s'il s'absentait, intuitivement, je sentais s'il était en danger. Aussi, non seulement je ne manquais pas de l'appeler, mais, s'il ne répondait pas, nous n'hésitions pas à aller le chercher, lui évitant une fois de justesse la pendaison. Étranges phénomènes d'une communication inconsciente, mais notre exercice n'est pas une science exacte !

L'UTILISATION DE L'IDENTIFICATION PROJECTIVE EN SÉANCE

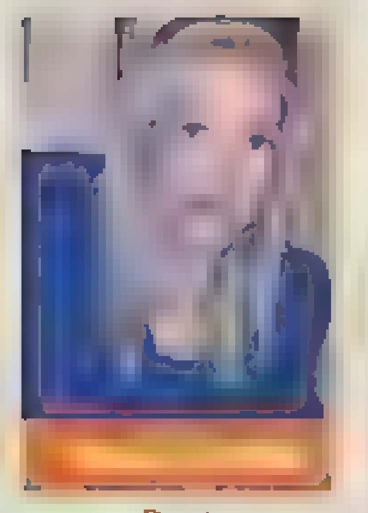
Dans la situation transférentielle d'identification projective, le thérapeute réagit sans le savoir. Il peut renvoyer le désagrément à l'expéditeur, refusant la



communication, par exemple, en acceptant une rupture de traitement. Dans le même registre, mais en décalé, il peut faire semblant d'écouter, faire comme si de rien n'était, ignorer l'agression du cadre et de l'analyste. Il peut enfin essayer d'élaborer, ce qui signifie accueillir l'affect expulsé et tenter de le métaboliser avec ses moyens. Lorsque l'on accueille le côté informe de la projection, le chemin de la figuration passe par le corps. Les affects envahissant le corps sont presque toujours dans le registre du désagrément, correspondant aux difficultés de symbolisation que l'expulsant a connues sans pouvoir les contenir. Ces phénomènes archaïques provoquent des réactions difficiles. Le clinicien se met alors à chercher des ponts d'identification possible avec un fonctionnement psychique qui n'est pas semblable au sien. Le fonctionnement en déni fatigue le psychisme du thérapeute par les mécompréhensions qu'il entraîne (des décalages, des arrêts de l'associativité, des absences, des oublis d'une séance à l'autre, qui peuvent être perçus comme de la mauvaise foi). Le patient en train de cliver use son interlocuteur et induit ces contre-transferts violents que je viens de mentionner : d'un côté, le rejet ; de l'autre, le « faire semblant d'écouter » pour se préserver psychiquement ; deux attitudes de non-investissement de l'espace psychique de la rencontre, et encore moins du patient. Or, pouvoir rester en face et psychiquement éveillé représente plus qu'un investissement : c'est un acte parlant, qui donne au patient le sentiment d'être en face de quelqu'un d'« animé ».

L'IMPORTANCE DU GROUPE

Les études sur le contre-transfert nous ont conduits à mieux connaître ces situations que Joyce McDougall (1986) théorise comme « *un corps pour deux* ».
Dans le travail analytique individuel comme dans celui en groupe, la dimension tierce est latente et ne devient évidente que si l'on regarde attentivement les moments de déstabilisation du cadre habituel. Le tiers permet le fonctionnement à deux ; son défaut enferme la situation transférentielle dans une spirale imaginaire sans fin avec des possibilités de répétition des catastrophes antérieures. En fait, l'analyste n'est jamais seul avec son patient, il fonctionne avec quelqu'un dans la tête, mais cela ne devient apparent qu'en cas de crise, tout comme les organes restent silencieux en dehors d'une souffrance. Le désagrément vécu par l'analyste est une crise transférentielle. On observe une montée progressive d'une irritation qui devient insupportable. Le masochisme érogène primaire de l'analyste est dépassé, sa capacité de lier est saturée et risque de se transformer en masochisme destructeur : il souffre dans son corps. L'analyste prend en charge les quantités d'excitation projetées par le patient dans son espace psychique. Il devient conscient à un moment donné et symbolise comme il peut certaines situations ayant trait à la crise. Lorsque ma cothérapeute m'a sorti de ma torpeur, j'ai fait part du processus de l'arrêt de la pensée, à savoir j'ai insisté sur ce que je comprenais de mon fonctionnement qui subissait une projection, et c'est le groupe qui a réussi à y donner un contenu qui, par la suite, a été repris par les deux thérapeutes avant d'ouvrir à une associativité particulièrement riche. Mon « absence » lors de la séance, en fait une sorte de retraite pour sauver ma pensée, était un pas de côté, un refus de subir les attaques informes des projections d'Aurélie, qui ont ensuite pris forme grâce au travail en commun, d'abord avec ma cothérapeute (les parents qui échangent) et ensuite avec tout le groupe, les deux incarnant à ce moment précis un tiers entre les projections d'Aurélie et moi-même. Comme je l'ai mentionné, en traitement individuel, cette métabolisation peut se heurter aux obstacles que j'ai mentionnés en début d'article, alors que, dans le groupe, l'incarnation d'un tiers a permis un déroulement associatif étonnant. Le groupe s'avère ainsi un dispositif puissant et précieux.



Docteur en psychopathologie clinique
Psychanalyste

L'obésité mérite bien un concept opérant !

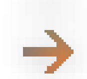
Comment expliquer la genèse de certaines formes d'obésité ? Une solution, envisager une nouvelle approche directement inscrite dans le prolongement des travaux de Donald W. Winnicott sur l'importance de l'environnement dans l'élaboration des troubles ultérieurs : le « gavage psychique ».

La clinique contemporaine déborde largement les indications que Sigmund Freud a proposées dans les années 1910-1914 et selon lesquelles les névroses actuelles et les névroses narcissiques ne constitueraient pas une indication stricte de cure psychanalytique (Freud, 1912). De la même façon, à défaut d'un regard théorique spécifique, les troubles où un défaut de mentalisation est prépondérant dans la constitution de l'expression psychopathologique pourraient se trouver écartés. Ces dernières situations cliniques, tels les addictions ou les troubles de conduite au rang desquels on situe généralement les troubles alimentaires, gagneraient à être regroupées sous le terme de « *névroses de comportement* » (Smadja et Zweig, 1996) au lieu des termes tels que « troubles des conduites », voire encore TCA, qui renvoient plus à une logique du DSM-IV et à ses conséquences thérapeutiques réductrices. Ainsi conçus, les troubles alimentaires pourraient et devraient faire partie de la recherche psychanalytique, qui demeure nécessaire pour approfondir le champ de la compréhension psychique. La psychanalyse, comme un outil de pensée vivante, ne peut se développer qu'avec l'inclusion des notions qui naissent lors du traitement de ces nouvelles pathologies, dont l'obésité.

Il s'agit donc, à partir de la clinique, de considérer ses difficultés et-ou limites et d'élaborer les référentiels nécessaires pour penser, puis traiter... dans le respect de l'éthique. La clinique de l'obésité est un défi à relever (Gougoulis, 2013).

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Nous allons examiner trois situations cliniques différentes dans l'origine de leur demande, mais qui ont comme point commun la découverte de la nécessité de comprendre les mécanismes psychiques derrière le problème de poids. **Pascale** était au bord du suicide après une reprise spectaculaire de poids à la suite de l'échec de pose d'un anneau gastrique. Évoquant avec son chirurgien la possibilité d'une intervention de *by-pass*, elle lui a fait part, en pleurant, de son sentiment d'être dans une impasse, conduisant ce dernier à lui recommander une consultation psychologique. C'est ainsi qu'elle m'a lancé une sorte de bouteille à la mer, sollicitant par mail un abord psychologique pour sortir de son desespoir Elle ne pouvait plus se fier aux solutions miracles et ne pouvait plus vivre avec l'idée des régimes et des interventions mécaniques qui faisaient de son corps un yoyo muet et de sa vie un enfer de répétition sans fin. **Pilou** a découvert, sur conseil de son médecin généraliste, les programmes d'éducation thérapeutique pour obésité dite « morbide » Rapidement, elle a senti que les slogans « *Bougez plus, mangez cinq fruits et légumes, etc.* » devenaient une approche insuffisante et réductrice, la conduisant invariablement vers des compulsions « hygiéniques » remplaçant en vain ses comportements boulimiques. Au cours de l'atelier d'éducation thérapeutique que j'animais à l'époque, mon allusion à une identification à sa grand-mère lui a ouvert un horizon. Elle découvre ainsi la possibilité d'explorer la dimension psychique, jusque-là inconnue pour elle. Pilou a alors effectué



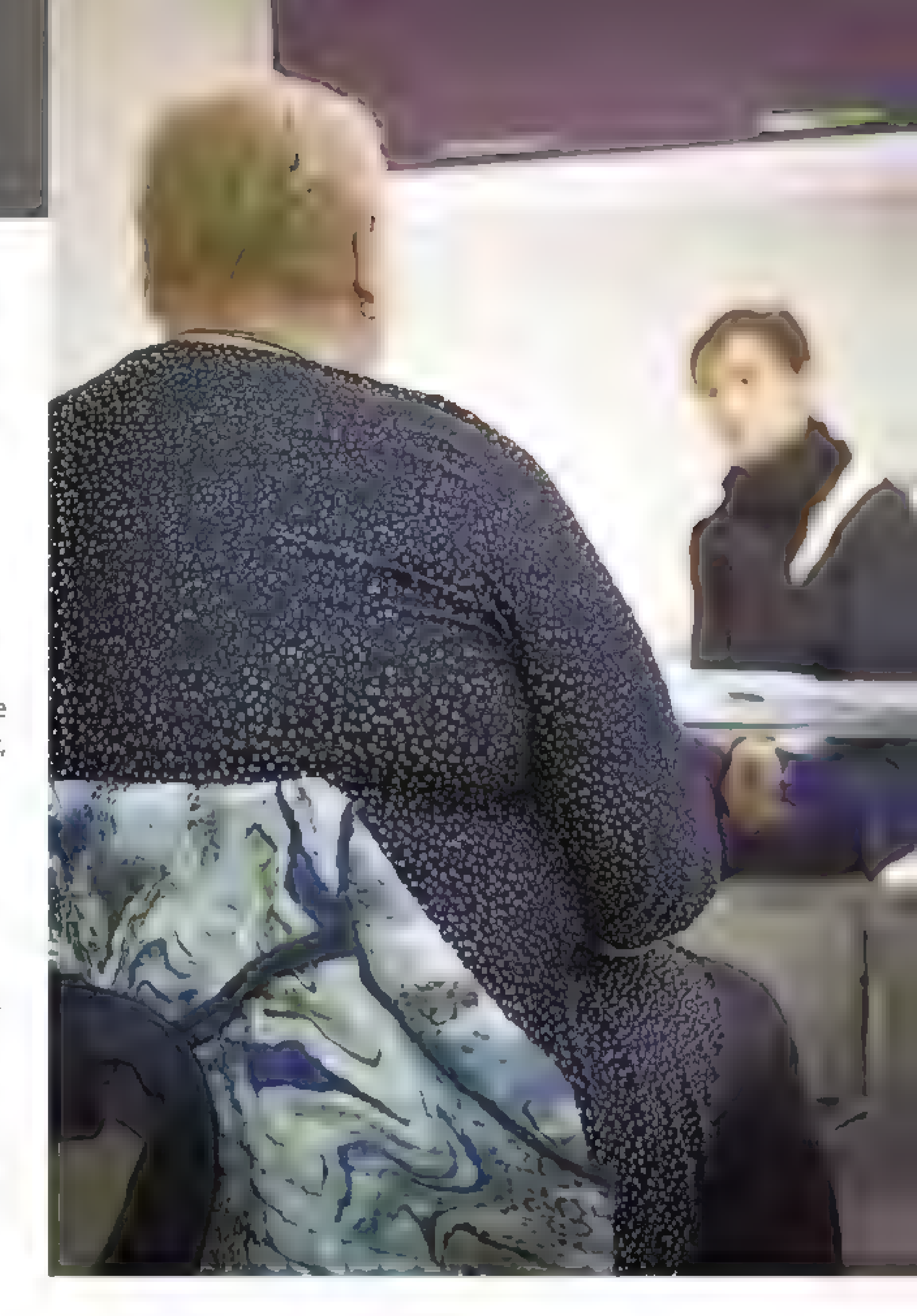
→ un mouvement transférentiel immédiat et massif, en me désignant comme sa future thérapeute.
Bertille était une adepte de tous les régimes possibles et imaginables. Le dernier en date était *Weight-Watchers* qui, après lui avoir permis de perdre une trentaine de kilos, ne l'avait pas protégée d'une inévitable reprise du poids. Cet énième échec l'a mise sur la piste d'une autre approche, une consultation psychologique, en dernier recours. Notre première rencontre l'a déstabilisée en révélant chez elle l'investissement « magique » de sa façon d'espérer « une solution miracle ».
Trois origines différentes de la demande, mais avec un point commun : la consultation du psychanalyste est presque toujours un dernier recours face aux échecs des traitements qui, somme toute, excluent une vraie réflexion psychologique, voire une réflexion tout court. La rencontre avec la psychologue a permis d'être enfin en contact avec une problématique psychique qui se noyait dans la masse des kilos et dans l'agir comportemental. D'ailleurs, les propositions thérapeutiques précédentes, suggérées comme une panacée, ne pouvaient être appropriées par les patientes que sur un mode de consommation boulimique et conduire au désastre de la répétition comportementale. Rien, dans leur parcours clinique, n'avait jusque-là permis à ces trois patientes de faire un lien élaborable entre leur état de surpoids et leur histoire, dont nous allons donner les aspects les plus saillants.

Être enfin en contact avec une problématique psychique qui se noyait dans la masse des kilos et l'agir comportemental.

Pascale, âgée d'une petite quarantaine, avait vécu au sein d'une famille subissant la tyrannie d'un père alcoolique et dépressif, fils lui-même d'une mère alcoolique. La famille du père était très pathologique. Son histoire était émaillée des morts par maladie, souvent après de longues évolutions alcooliques. Côté maternel, on notait le suicide d'une tante. Pascale a grandi dans une ambiance de violence, où le bruit des coups s'opposait au silence d'une parole absente. Elle se sentait en prison, sans aucune échappatoire. Devenue la complice involontaire d'une mère faible couvrant les agissements du père pour sauver le fonctionnement bancal du couple, Pascale a appris à se réfugier dans un altruisme, où elle disparaissait derrière les services rendus. Elle croyait ainsi attirer l'affection d'un père inaccessible. Petite fille soumise, elle voulait bien faire. Pour seule récompense, elle obtenait des sarcasmes du style « *Tu n'es qu'une feignasse, tu n'as qu'à bouger ton cul* », ce qui l'a amenée, dès l'âge de huit ans, à ne se sentir exister qu'à travers les régimes. Avec douleur, elle s'est exclamée : « *Je suis un régime à deux pattes* » ! Au fur et à mesure de ses fuites en avant, elle s'était retrouvée avec 80 kg de plus… jusqu'à la pose de l'anneau qu'elle considérait comme un garde-fou. Chaque fois qu'elle essayait d'exister pour elle-même, elle était rattrapée par la culpabilité de laisser sa mère seule. Les entretiens lui ont permis de voir que cela prenait son origine dans les premiers rapports mère-enfant, et notamment dans la manière d'avoir été nourrie psychiquement par l'angoisse de sa mère.
En effet, ses parents avaient dû se marier après une grossesse non programmée, et Pascale a subi les tensions du jeune couple : « *Je n'étais pas prévue, j'étais l'accident* », a-t-elle conclu. Le remplissage par la nourriture est ainsi devenu son seul calmant, équivalent, a-t-elle ajouté, de l'alcoolisme du père et des comportements restrictifs de la mère. Pascale commençait à saisir que son comportement alimentaire et le surpoids qui en découlait avaient une histoire liée à cette ambiance familiale. Donald W. Winnicott (1960, 1988) a théorisé cette première ambiance de « nourrissage », décrivant comment le bébé se crée une première « théorisation », une organisation fantasmatique autour de la manière d'avoir été nourri.
Pilou avait, elle aussi, du mal à se vivre sans la culpabilité d'être arrivée « *comme un cheveu sur la soupe* » dans un jeune couple qui n'était pas prêt pour un enfant. Son mythe d'origine tournait autour d'une conception hors mariage qui aurait ruiné la vie de ses jeunes parents. Sa mère l'avait nourrie, « gavée », m'a-t-elle dit, avec cette idée délétère, *leitmotiv* de son existence. Pilou avait fini par devenir énorme en noyant ses mouvements dépressifs dans des compulsions hyperphagiques sans s'en rendre compte. Elle ne se voyait pas grossir à vue d'œil, comme si elle niait une prise de poids, synonyme de la négation de la grossesse non désirée de sa mère. Par compensation, Pilou avait choisi, elle aussi, un métier de service, comme si elle devait racheter sa culpabilité, mais rien n'y faisait. Pilou a épousé un homme silencieux, dont elle finit par avoir la charge. En fait, le silence était dépressif, devenu plus tard un alcoolisme. Pilou n'avait aucune possibilité de reconnaître cette pathologie, tant elle devait racheter son « pêché originel » par un service rendu. Elle était sous l'emprise de son fantasme inconscient, formé lors du « gavage anxieux » de sa mère la nourrissant. À son tour, elle continue à se gaver d'un vide existentiel dans l'illusion que sa vie même dépendrait du nourrissage d'un autre, comme pour nourrir

un corps à deux têtes. Elle aussi a pu remonter aux premiers rapports oraux avec la mère dès les premiers entretiens. **Bertille**, quant à elle, est la benjamine d'une famille plutôt pauvre. La sœur et la famille de la mère de Bertille vivaient ensemble sous le même toit. Née avant terme, le médecin a cru Bertille morte. Sa mère, dépassée par cette annonce et dépressive depuis la perte d'un fils mort à la naissance, la confia à sa sœur qui, venant elle-même d'accoucher, l'a allaitée pendant plusieurs mois. Ce qui persiste dans le récit de Bertille, c'est le sentiment de ne jamais avoir été investie par sa mère, femme par ailleurs rude, violente et fruste, une étrangère qu'elle cherche encore à connaître. Elle considère sa tante comme sa véritable mère, qui, cependant, était tellement dépassée par le double allaitement qu'elle finissait par nourrir de façon mécanique les deux enfants. Le père n'a jamais trouvé sa place dans cet univers de femmes en difficulté. N'ayant jamais eu d'interlocuteur pour recevoir sa détresse, Bertille est restée à tourner seule dans sa souffrance avec comme seule possibilité d'expression un débordement affectif à tout bout de champ. Son choix de métier a été ainsi déterminé ; elle aussi a pris le chemin du soin d'autrui. À l'âge de vingt-cinq ans, elle est victime d'un accident de la route qui a failli lui être mortel. Elle se trouve immobilisée pendant plusieurs mois et, sans s'en rendre compte, revit l'ambiance d'esseulement de sa petite enfance. Lors de cette « deuxième naissance miraculée », elle prend massivement du poids en raison de véritables crises boulimiques, seule façon de calmer une angoisse sans nom. Au fil du travail, des mots sont venus éclairer le vide affectif de son histoire et rendre compte de son impuissance à traduire autrement que par des pleurs ses sentiments non qualifiés. Elle a été étonnée de pouvoir faire des liens entre son surpoids et une manière désincarnée de se nourrir, tout comme elle avait été mécaniquement nourrie par sa tante débordée.

Dans les trois cas, la rencontre avec la psychanalyste a permis la découverte de l'impact des histoires infantiles dans le développement des souffrances. Chacune de ces patientes a connu, à sa façon, une ambiance de gavage. Les personnes nourrissantes transmettaient leur malaise en même temps qu'elles accomplissaient de manière mécanique le geste alimentaire. Avec la rencontre thérapeutique, le poids des mots commençait à donner une nouvelle dimension à des symptômes restés muets. Le surpoids n'était plus « un cheveu sur la soupe », mais la conséquence logique d'une problématique psychique jusqu'alors invisible. La relation thérapeutique devenait de ce fait nourrissante, en opposition avec le gavage des origines. Le fantasme du premier repas théorique, pour reprendre



l'idée de Donald W. Winnicott (1948, 1988), pouvait désormais être détoxifié par la relation thérapeutique.

LE GAVAGE PSYCHIQUE : UNE NOTION SPÉCIFIQUE

Mon travail de recherche[1] a permis d'envisager une approche théorique nouvelle que nous avons définie comme « *gavage psychique* » (Driffield, 2013). Elle trouve ses fondements dans les avancées de la pédiatre psychanalyste américaine Hilde Bruch (1964, 1973). Cet auteur met en évidence l'obésité comme une conséquence comportementale au gavage externe, alimentaire en tant que réponse compensatrice à un traumatisme ou comme résultant d'un besoin mal repéré ayant conduit à une →

Note

1. Malvaës-Driffield K., 2005, « Gavage psychique : un traumatisme chez l'enfant ? », Mémoire de DEA, université de Reims.

Malvaës-Driffield K., 2010, « Obésités : perspectives psychanalytiques, l'hypothèse du gavage psychique », Thèse de psychopathologie psychanalytique, université Paris X-Nanterre.

→ confusion d'affects. L'accent est mis sur la séquence comportementale : gavage / hyperphagie. Pour autant que nous soyons d'accord avec cette analyse, nous pensons que le gavage comporte aussi un contenu psychique en creux, en négatif. Le fait de sortir de la définition de Hilde Bruch, somme toute comportementale, pour l'élargir à un geste et à une notion au contenu psychique permet, à mon sens, au thérapeute de sortir de ses impasses théoriques et cliniques. La notion de gavage psychique que nous avançons illustre un noyau fantasmatique existant derrière certains comportements conduisant aux dits « troubles des conduites alimentaires », notamment à l'obésité.

La spécificité de la notion de gavage psychique réside dans le fait que le patient se remplit pour satisfaire à la survie d'une imago maternelle à l'origine d'une organisation fantasmatique où l'on n'existe soi-même qu'en se faisant remplir, de sorte que se tisse un destin mortifère d'engraissement destiné à satisfaire une exigence paradoxale de double survie (Haineault, 2006). Les récits de vie présentés mettent en évidence divers contours de réalités psychiques et démontrent l'utilité de la notion de gavage psychique et l'intérêt évident de la prise de conscience de ce processus au sein duquel le sujet disparaît au profit d'un corps maltraité et souffrant qui en présentifie le sens caché ; enjeu même du travail thérapeutique.

La mère vit à son insu dans une situation traumatique pour elle, où l'interpellation par l'enfant la déborde

Comment l'idée de la notion de gavage psychique a-t-elle pu naître ? De manière répétée, notre écoute des discours lors des cures d'enfants a repéré des phrases de type « *Ça me gave*[2]. » Cette expression a pris un sens formulé comme un bourrage, où le geste (nourrissant) était coupé, désincarné, dépossédé du monde affectif approprié et avec la marque d'un inconfort subi. Même le sentiment de désagrément perdait de sa valeur dans la mesure où il n'avait plus sa force défensive pouvant conduire, par exemple, à un arrêt de l'acte subi. Le monde de la représentation, de la figurabilité, se trouvait, du coup, réduit à sa plus simple expression : évoquer une image figée sans possibilité de ramification associative dynamique. L'idée de gavage psychique ne peut naître que dans la tête du thérapeute, jamais dans celle du patient. Cette idée lui échappe comme lui échappe la représentation d'une mère qui, d'ordinaire, essaie de qualifier le mal indistinct de l'enfant au moment de son agitation ou de son appel par le cri, auquel la mère répond en lui disant « *Tu as faim* » ou « *Tu as mal* » ou « *Tu t'es sali, mon bébé* », en essayant d'apaiser la tension avec le geste approprié, correspondant à ce qu'elle imagine comme source du désagrément. Cet organisateur psychique équivaut à des prépensées de la toute-petite enfance, avant la parole organisant l'affect qualifié par une pensée ayant différencié moi / autre, avant / après, dedans / dehors, etc. Ainsi, les névroses de comportements alimentaires et, plus particulièrement, l'obésité, sont-elles à considérer à la fois comme une pathologie des carences dans l'apport qualitatif des soins maternels, dans le rapport au père, en ce qu'il incarne un manque évident de « tiercéité » et une pathologie des excès du côté des excitations à la fois internes et externes non psychisées (Brusset, 1991 ; Corcos, 2000, 2005). Ainsi, les défaillances de construction du moi ont débordé le sujet dès l'origine, le privant peu ou prou des capacités d'élaboration nécessaires au dépassement du traumatisme consécutif au gavage psychique. Les registres somatique et psychique demeurent indissociables dans cette pathologie, le corps étant convoqué en lieu et place de la psyché (Segal, 1957). Cette compréhension permet de sortir un comportement, un symptôme, de sa dimension muette et accéder à la parole partagée lors de la séance psychanalytique. Reste, bien entendu, la question de la technique interprétative qui ne sera pas examinée *in extenso* dans le cadre de cet article. Le travail d'intervention interprétative ici est préparatoire, dans le sens où il permet de créer une capacité de ne pas se sentir seul, de recevoir (être nourri de sens) et, en même temps, recevoir à titre personnel, autrement dit de procéder à l'équivalent de la naissance du sujet, concomitante de la naissance même de la pensée. Le patient arrive à penser désormais avec quelqu'un sur des sujets qui, jusqu'alors, étaient noyés dans une banalisation ou une rationalisation à outrance qui rendait la pensée stérile et la parole inutile, car non crédible (Green, 2000). La réaction vive du patient à ces mouvements interprétatifs (surprise, suivie d'une libération momentanée de l'associativité, souvent avec une première phrase de confirmation du genre « *Ce que vous dites me touche* » ou « *Oui, c'est bien ça* ») libère le thérapeute de sa propre impuissance dans la mesure où sa parole opère et, du même coup, la pensée y correspondant n'est plus sous l'emprise d'un organisateur psychique qui englobait le couple thérapeutique.

Note

2. Malvaës-Driffield K., 2005, *op. cit.*

La tâche interprétative est de communiquer la possibilité de représenter ce qui n'a pas été au moment de la genèse de la pensée du sujet. La situation prototypique du gavage psychique est en opposition quasi-antithétique avec la première expérience de satisfaction décrite dans « Esquisse d'une psychologie scientifique » de Sigmund Freud (1895-1896). Il m'a semblé que le gavage psychique rend plus précisément compte d'un acte subi par l'enfant à l'aube même de sa vie, le nourrissage par une mère se défendant de vécus dépressifs, se clivant de la capacité d'élaboration de ses affects, portée donc non à nourrir, mais à gaver son enfant pour se sentir exister. La mère ici vit à son insu dans une situation traumatique pour elle, où l'interpellation par l'enfant la déborde. Les situations banales décrites plus haut de besoins ordinaires du temps du *holding* la mettent dans une situation intenable de responsabilité difficile à assumer. En effet, pour assumer l'enfant, y répondre de manière appropriée et se sentir dans la verticalité de la différence des générations, il aurait fallu qu'elle ait recours à un endroit psychique d'enfant tranquille et tenu par une mère tranquille, soutenu par un tiers (père apaisant, grand-mère, etc.).
Or, la mère qui deviendra « gavante » ressent à ce moment un vide qu'il lui faut inconsciemment combattre à tout prix. Son geste de gaver évacue dans l'enfant son malaise, le remplit de nourriture qui ne peut être qualifiée d'apaisante, ni au sens premier d'apaiser la faim, et encore moins au second degré, prémisse d'une fonction symbolisante, où la nourriture deviendrait lieu d'échange bon / mauvais, chaud / froid, assez / pas assez, etc.
Le gavage psychique est ainsi avant tout une évacuation par la mère de ce qu'elle n'a pas pu penser et de ce qu'elle-même n'a pas élaboré.
Ce développement libère la notion de gavage de ses aspects quantitatif et comportemental. Dans le même mouvement, le thérapeute n'est plus dans la nécessité de rechercher un moment précis de traumatisme spécifique et peut libérer sa pensée vers des situations de microtraumatismes répétés, une ambiance relationnelle qui finit par constituer un organisateur psychique, tout comme les fantasmes originaires.
Dans sa fonction interprétative, le thérapeute se libérant lui-même de l'emprise projective de cette situation originaire permet au patient de se sentir en possession de lui-même, à l'endroit où le gavage psychique en tant qu'organisateur psychique avait créé la situation aliénante de dépossession de soi. Le soi du futur déviant alimentaire existe, en effet, dans un magma mère évacuant / enfant gavé. C'est comme si le psychisme de l'enfant restait collé à celui de sa mère au moment même où, d'un point de vue développemental, il s'en sépare (Ciccone et Lhopital, 2001 ; Gougoulis, 2008).

CONCLUSION

Dans l'accompagnement des patients en situation d'obésité, chacun doit gagner à un effort de compréhension et d'intégration des dimensions psychologiques du patient ; effort qui ne peut se limiter à la simple idée qu'il puisse s'agir de « parler pour se soulager » ou « stimuler l'estime de soi », voire « recevoir une éducation alimentaire », comme le montre précisément la complexité (par ailleurs fort courante) des cas présentés ici.
Ainsi, l'idée d'une incorporation originaire forcée, sous la forme de ce que je désigne comme un « gavage psychique », peut-elle rendre éventuellement compte de certaines formes de trouble alimentaire. Ces termes, qui décrivent une particularité de la relation précoce orale, prolongent dans mon sens et spécifient les idées de Donald W. Winnicott (1936) sur l'importance de l'environnement dans la genèse des troubles ultérieurs. Elle permet alors d'envisager l'obésité comme une pathologie complexe nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire où le psychanalyste trouve pleinement sa place.

Obésité à l'adolescence

Psychanalyste

Questionner l'énigme entre le désir et la pulsion… et faire émerger un savoir nouveau jusqu'alors enfoui ! Si tel est l'enjeu de la psychothérapie analytique, il trouve tout son sens avec l'histoire de Dominique, un adolescent amené à consulter parce qu'il mange pour deux… ou trois… Reste à découvrir ce qui… et qui… se cache derrière ses kilos en trop !

Aujourd'hui, nous recevons de plus en plus d'adolescents menacés par un « devenir obèse ». Ils frappent à nos portes, effrayés par des pulsions qui les dépassent et qu'ils n'arrivent pas à dompter avec leur seule bonne volonté. Encore amarrés dans une enfance très proche, ils se disent gênés par leur corps trop grand, trop pesant. Ils sont encore très jeunes et se trouvent pourtant déjà démunis face à la démesure de leur poids : leurs kilos les débordent amplement ! Et, dès les premières séances, ils nous parlent de l'inquiétude sourde de ne plus pouvoir disposer d'eux-mêmes.
Ils se voient comme retenus sur place par des contraintes imposées par une charge écrasante. Ces adolescents obèses peuvent-ils parvenir à s'approprier leur corps en se débarrassant des souffrances de leur psychisme ? Ce corps resté sous l'emprise de l'Autre pourra-t-il leur appartenir un jour, véritablement ?
Pour ces jeunes gens, ni les régimes à répétition, ni les recettes de repas sains et raisonnables, ni les décisions de manger moins et différemment, ni la peur devant le miroir ne peuvent arrêter la prise folle de kilos superflus. Est-il possible de savoir ce que cache, ce que signifie, ce besoin fou de se nourrir excessivement, cet impératif qui ordonne de se gaver soi-même, de se remplir, de combler une faim jamais rassasiée ? Que nous apportera le fait d'éclairer par la cure analytique les constituantes psychiques de ce « véritable fléau » de nos sociétés postmodernes ? Car, de toute évidence, les explications purement médicales ne sont pas satisfaisantes, même si elles ont une pertinence incontournable.
« *C'est comme si je me battais contre un autre moi-même, tous les jours, et qu'à chaque fois je perdais la partie* », m'a confié un jour un garçon à peine pubère, questionnant ainsi un : « Comment faire avec cet ennemi invisible qui pousse vers ce qu'il ne faudrait pas faire et qui est plus fort que moi ? » Oui, comment faire pour se libérer de cette enveloppe trop chargée, sans risque de disparaître dans cette perte à laquelle il est si difficile de se décider ? Comment accepter un corps à soi et pas encore vraiment sien, un corps aussi inconnu que le poids des forces qui l'assujettissent ?

S'APPROPRIER SON CORPS

La psychanalyse peut-elle dire quelque chose sur ce sujet aussi encombrant que délicat ? Le travail sur la partie inconnue, inconsciente de nous-même, sur ce qui échappe à la logique classique, aristotélicienne, à la logique consciente, peut-il donner des résultats en ce qui concerne l'obésité ? Une personne qui en souffre peut-elle trouver un soulagement grâce à la méthode analytique ? Par quels chemins faut-il passer ? Car le corps humain n'est pas une donnée, il ne présente pas une acquisition définitive et absolue, il se construit et se déconstruit tous les jours au rythme du désir qui l'anime, du langage qui l'habite, des paroles qu'il prononce et de celles qu'il entend. Il dépend autant de la carotte qu'il ingurgite que

des mots qui accompagnent cette nourriture avalée. Notre corps n'existe pas en dehors de notre univers humain, ce qui lui arrive ne peut pas en être extrait et isolé des effets de la parole. Et cette parole si précieuse, si vitale, porte en elle les traces d'une histoire qui nous dépasse, que nous méconnaissons, qui peut appeler à obéir, malgré nous, et à notre insu, aux désirs qui nous sont inconnus, aux images où nous ne pouvons pas nous reconnaître et qui nous font perdre notre existence. Car nous naissons dans un monde qui nous préexiste, et le désir de l'Autre maternel, social, transgénérationnel, se veut parfois seul juste garant d'une vérité « toute » et déjà là, une vérité plus importante que nous. Alors, pour exister, il faut dire non à tous ces déterminismes, refouler le réel pour pouvoir vivre. L'entrée dans le langage, l'immersion dans le monde des humains, demandent obligatoirement l'acceptation de la séparation, une perte de jouissance, celle de notre corps réel, le renoncement à la complétude idéale avec le premier Autre qui est représenté par la mère. Cette perte première est constitutive (refoulement originaire chez Sigmund Freud) de la naissance même du sujet. Elle est à reconduire lors de ce qu'il est convenu d'appeler « le refoulement secondaire », et l'entrée dans l'activité propre, la jouissance de prise de phallus, le moment où le sujet commence à agir afin d'acquérir l'espace de sa propre jouissance, sa propre place, la maison de son nom. Cette autonomisation du sujet suppose qu'il puisse refuser les déterminismes qui pèsent sur lui, qu'il puisse s'arracher au désir Autre, ce qui provoque une culpabilité et une dette envers l'Autre qui lui a donné la vie et qu'il se doit de renier le temps de s'assurer de son propre acte. Le fait de devoir se séparer de l'Autre, lâcher la mère, provoque chez le sujet une affliction, une dette de ne pas être son double, son « moi idéal », son objet phallique. Dans la mesure où sa vie dépend de l'amour de la mère, le sujet va essayer de répondre à la demande de cette mère pour la combler *via* la satisfaction des besoins, tels que la propreté, l'apparence ou la nourriture par exemple. Sigmund Freud remarque que la libido va de la mère vers l'enfant, et il faut que l'enfant puisse renvoyer cette libido vers l'extérieur pour pouvoir vivre, grâce à la fonction séparatrice de la présence de l'instance paternelle. Le sujet se crée grâce à l'identification au père, extérieur à la dyade mère-enfant, référence externe contenant un trait idéal, symbolique, que le sujet s'approprie. Ce faisant, il tue fantasmatiquement le père, mais, de ce meurtre premier, il ne veut rien savoir devant l'angoisse de castration maternelle, toujours imaginaire, et de la découverte du féminin, symbole de l'incomplétude, mais aussi de la liberté. La haine du père en tant qu'interdicteur, bien qu'imaginaire, du père fauteur du ratage incessant de l'union avec cette partie perdue à jamais du moi, peut nourrir paradoxalement la dette envers le maternel et incite la recherche de la jouissance comme « une ». La partie refoulée des déterminismes, qui précèdent le sujet, insiste et presse pour qu'il n'y ait plus de père qui sépare. Cette insistance se montre sous différentes formes de la recherche d'un double parfait, jamais inégalable, car aussi inexistant que mortifère. Cette moitié perdue, refoulée, dans la division du sujet, peut être exposée à une nostalgie irrésistible, spécialement forte au moment de l'adolescence. La concrétisation du fantasme inconscient de la mère au pénis peut prendre des aspects inattendus dans la réalité, et un poids que le sujet, parfois, s'évertue à porter au figuré, à défaut de démêler ses attenants occultés.

« JE MANGE POUR DEUX, POUR TROIS PEUT ÊTRE »

Est-il possible de parler de la clinique ? Comment montrer son inénarrable richesse ? Comment parvenir à éclaircir un problème construit de tonalités différentes, sans passer à côté de l'essentiel de ce qui le cause ? N'est-il pas évident que le désir, le fantasme, la sexualité, →

→ la peur, toujours universels, s'intriquent dans chaque vie de manière extrêmement singulière ? Existe-t-il un point commun à tous ces cas d'obésité qui pourraient éclaircir chaque histoire comme singulière ?

Dominique

Le repérage, dans la cure, de la solidité de la fonction paternelle face aux possibilités de la séparation et du deuil que cela implique peut nous donner des indications précieuses pour l'orientation de l'analyse. Il en est ainsi



de ce jeune garçon que l'on m'a adressé parce qu'il mangeait trop, beaucoup trop, « *pour deux, même pour trois personnes* », selon son entourage. En effet, rondouillet à l'enfance, Dominique commençait, à douze ans, à devenir obèse. La situation s'était compliquée encore, car, depuis deux semaines, il disait avoir du mal à aller à l'école, à sortir de chez lui, à marcher, à se laver.
Lors de la première séance, Dominique vient accompagné de sa mère, dont il a lui-même réclamé la présence, par timidité, m'a-t-on avertie. Entre des bouts de phrases, Dominique émettait de drôles de sons, et sa mère ne semblait pas s'en préoccuper. Lorsque je lui ai demandé son prénom, le garçon s'est tourné vers elle en lui donnant un coup de coude pour l'inciter à répondre. Ce qu'elle fit d'ailleurs, sans hésiter : « *Dominique... Dominique... je m'appelle Dominique* », me dit-elle, de sorte qu'il ne fut pas aisé de comprendre s'il s'agissait de son prénom à elle ou de celui de son fils.
Dominique se manifestait pendant la séance de différentes manières : tantôt il chantonnait, tantôt il babillait comme un bébé, en poussant des petits cris perçants, ou encore il allait se coucher sur le divan et aussitôt se remettait debout pour parler de ses copains et de ses jeux sur l'ordinateur, comme un jeune ado, un garçon de bientôt treize ans. J'étais surprise de cette situation étrange pleine de contradictions, de toute cette panoplie d'attitudes allant du comportement d'un nourrisson à celui d'un garçon de son âge. Dominique avait vu plusieurs spécialistes, et chacun y était allé de son diagnostic : psychose, schizophrénie, mélancolie, bipolarité...
Pour ma part, j'ai reconnu là, bien que poussés à leur extrême, les mouvements propres à tout devenir adolescent : moments de régression – « faire le bébé » – alternés avec des attitudes de « faire le grand ».
J'ai expliqué mon hypothèse au jeune garçon et à sa mère, ce qui a eu pour conséquence d'amortir leur peur de la pathologie psychiatrique lourde et irréversible.
À la puberté, où tout est encore en construction, où tout est encore possible, Dominique arrivera-t-il à échapper aux étiquettes apposées trop hâtivement sur sa souffrance et à trouver sa place de garçon vivant, capable de grandir ?
Il ne faut jamais oublier que l'adolescence est un laboratoire de fabrique de sujet, un laboratoire dont les éléments tourbillonnent avant de se poser sur une des charpentes aussi multiples qu'instables ; parfois, ce sera celle qui est la plus éloignée de la structure (ensemble ouvert par définition) de façon qu'un sujet psychotique puisse aussi, dans certaines conditions, parvenir à nouer ce que Jacques Lacan a désigné comme dimensions du réel, de l'imaginaire et du symbolique

Un poids mort

La mère de Dominique m'expliqua que l'enfant pesait presque cinq kilos à la naissance et que son accouchement fut un véritable calvaire. Elle ne regardait jamais Dominique pendant la séance et parlait de manière très détachée de lui comme s'il s'agissait d'un objet, d'une chose encombrante, au point où j'en fus très gênée, ce qui m'incita à lui dire que son fils avait beaucoup de qualités, aussi. « *Il les cache bien, alors* », répliqua la mère en le regardant.

Je me suis alors adressée à l'adolescent : « *Et toi, qu'est-ce que tu en dis, toi, Dominique ?* » Il ne me répondit pas. Il continuait seulement à fixer le sol pour marmonner enfin : « *C'est ma mère qui va vous dire...* » Et puis, quelques instants plus tard, il prononça d'une voix à peine audible : « *Moi, je ne sais pas... Les pompiers, j'aime les pompiers...* » La mère parut aussi étonnée que soulagée et se mit à lui caresser la tête.

Cette femme se disait épuisée, parce qu'elle passait tout son temps à s'occuper de son fils, à l'habiller, à le laver, car il refusait de le faire tout seul, surtout depuis quelque temps... Elle m'expliqua que Dominique subissait toute une série d'examens, car, régulièrement, il était pris de vertiges, jusqu'à en perdre l'équilibre et tomber. « *Comme un poids mort* », me dit la mère, « *un vrai mort, impossible à relever...* »

Interloquée, j'ai répété, cette phrase après elle. Ce qui a porté ses fruits, car, lors des séances qui suivirent, Dominique put s'interroger sur cette place de mort, et j'appris alors qu'il était le premier garçon à survivre depuis deux générations du côté de sa famille maternelle : sa grand-mère et son arrière grand-mère avaient toutes les deux perdu leur unique fils en bas âge. Est-ce que Dominique mangeait pour ces deux absents aussi, pour les faire vivre, en les englobant dans sa présence ? Grandir, pour lui, signifiait-il accepter le deuil de ces doubles disparus, remettre sur le tapis ces deuils non travaillés ?

L'adolescent navigue entre deux rives : d'un côté, la sexualité infantile sécurisante ; de l'autre, l'inconnu, le vide menaçant. Selon Sigmund Freud, les théories sexuelles infantiles ignorent l'existence de la différence des sexes et protègent de l'idée de la « castration » maternelle. L'enfant lui-même vient à la place du phallus imaginaire maternel lorsqu'il satisfait le désir de la mère, amplifié ou extrait de la demande sociale. L'enfant est toujours en retard par rapport à son désir à lui, un désir tout neuf, il le trouve toujours d'abord chez l'Autre. Son propre désir l'effraie, car il suppose l'abandon de la demande pulsionnelle maternelle, la perte de son amour. La place inconfortable mais sécurisante du phallus maternel, celle de son appendice, de sa chose parfois, doit être abandonnée à l'adolescence dans l'acceptation de la jouissance génitale, celle d'un sujet qui saura prendre les risques et la responsabilité de son propre acte, de sa parole singulière.

Dominique, lors d'une séance, m'a confié aussi qu'il aurait aimé connaître son grand-père maternel, mort au moment de sa naissance, et dont sa mère refusait de parler, le sujet étant trop douloureux pour elle.

Je n'ai reçu le père de ce garçon qu'une seule fois ; il est venu me voir après avoir repoussé le rendez-vous à plusieurs reprises. Cet homme a pu me dire qu'il trouvait que sa femme « *s'acharnait* » parfois sur Dominique (c'est l'expression qu'il a utilisée), mais qu'il n'y pouvait rien. Lui-même n'avait plus de contact avec son propre père qui l'avait placé dans une famille d'accueil après la mort de sa mère, lorsqu'il avait quatre ans. Il présentait des signes d'obésité et se disait être un « bon vivant ».

La question « Qu'est-ce qu'un père ? » fondamentale pour l'existence d'un sujet est, au cours de l'adolescence, posée dans toute sa gravité par la précipitation dans le symptôme qui se produit à la fin de la phase de latence, et devant l'angoisse de la sexualité corrélative elle-même à la question paternelle. « *Quand vient la puberté*, écrit Sigmund Freud, *le puissant courant pulsionnel ne méconnaît pas ses buts. Il ne manque jamais de suivre les voies antérieures et d'investir alors de charges libidinales fortes les objets du choix primaire infantile. Mais, se heurtant à l'obstacle dressé entre-temps par la menace de castration à la barrière contre l'inceste, il investit de nouveaux objets.* » (Freud, 1912.)

> « *Oui, j'ai peur qu'il meure, tout le temps, au début je le forçais à manger...* »

Celui qui passe du statut d'enfant à celui d'adolescent va se trouver confronté au deuil de son identification précédente. Et c'est justement là, dans ce temps « entre deux », l'identification imaginaire étant le produit du désir incestueux, que va se jouer la question de l'ambivalence amour / haine et, à travers elle, la question paternelle. C'est la découverte de la défaillance paternelle, du fait de l'absence d'un père tout-puissant, qui protégeait de la castration et de l'incertitude, de l'incomplétude du symbolique, qui va permettre l'assise du symptôme. Celui-ci est le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas lieu, le résultat du processus de refoulement devant l'angoisse de « castration ». La motion pulsionnelle soumise au refoulement est une pulsion hostile dirigée contre le père, souligne Sigmund Freud dans *L'Interprétation des rêves*. Le chapitre consacré à l'absurdité du rêve ne comporte quasiment que des rêves de mort du père, dont le célèbre « Il était mort et il ne le savait pas », et qui expriment finalement le souhait d'un père immortel, tout-puissant. La faiblesse paternelle est fantasmée, elle est recherchée pour établir un rapport au Réel en tant qu'impossible et sauver de la sorte la croyance en l'absence de la différence sexuelle. Une faiblesse, une carence, une absence paternelle plus ou moins longue, vont coïncider avec le souhait de l'infériorité →

→ de ce père pour permettre la non-reconnaissance de la fonction paternelle même et celle de la loi.
Dans les phénomènes de la souffrance du corps, la fonction paternelle semble être bloquée par l'incarnation phallique dont une partie du corps ou le corps dans son entier est investi(e) par l'objectivation de ce même corps par un désir Autre, pour assurer « fusionnellement » sa complétude.
L'enfant tente ainsi, inconsciemment, à la suite d'une régression pulsionnelle survenue dans un concours de circonstances particulier, de combler, par la livre de chair qu'il obtient en se nourrissant à excès et à son insu, le manque dans l'Autre. Jacques Lacan parle dans de tels cas de « l'holophrase » ou de la gélification de S1 et de S2, en décrivant un signifiant sans signification. La signification serait donc coincée dans l'incarnation du phallus dans le corps qui n'aurait pas pu trouver ses coordonnées symboliques.
Il s'agirait, dans ce cas, d'une sorte de ravalement du phallus symbolique, le seul symbole véritable de la différence de sexes, le grand *Phi*, sur le petit *phi*, phallus imaginaire, inexistant, de la mère.
« *Ma mère croit à une sorte de malédiction* », m'a dit un jour la mère de Dominique, effrayée. Elle me raconta que le premier garçon, le fils de sa grand-mère, était mort avec son père : « *Ils se sont noyés tous les deux. Ils n'ont jamais pu être retrouvés.* »
Le fils de sa mère, son frère aîné, qu'elle n'a jamais connu, était mort, quant à lui, nourrisson, car « *trop chétif, refusant de se nourrir* ».
– « *C'est pour ça que vous protégez autant Dominique ?* »
– « *Oui, j'ai peur qu'il meure, tout le temps, au début je le forçais à manger... Oui, j'avais peur dès le départ.* »
Dominique écoutait, les yeux grands ouverts. Il me dit ensuite qu'il ne connaissait pas bien ces histoires.
– « *Que s'est-il passé il y a deux semaines* », lui demandais-je, « *pourquoi tu refuses d'aller à l'école ?* »
– « *Maman était très malade, alors je suis resté avec elle.* »
Nous voyons que l'extérieur est dangereux, menaçant, et, en toile de fond, se dégage le fantasme du garçon que ces deuils de fils et de père morts résultent du fait d'avoir encouru le danger de la séparation.
Le père de Dominique est d'accord avec sa femme, il faut protéger Dominique de l'extérieur, il est trop fragile, il ne faut l'obliger à rien, cela pourrait lui faire de la peine !

Le lapsus

Lors d'une séance, où il se rend maintenant volontiers, et parfois sans sa mère, Dominique raconte un bout de rêve : « *Je suis sur un brancard et on me transporte, je suis blanc comme un cadavre...* »
Lorsque je lui demande d'associer survient un lapsus, inattendu, terrible, dans toute sa force révélatrice : « *Ce rêve me rappelle le jour où je me suis fait enterrer* », me dit-il, « *oh non, je voulais dire opérer...* »
« *Ce n'est pas pareil, ce n'est pas la même chose* », constate-t-il, étonné. Il parlait en fait de l'opération de l'appendicite qu'il avait subie deux ans auparavant. Il m'expliqua alors qu'il avait eu très peur que le chirurgien (une sorte de figure paternelle) ne le tuât lors de cette intervention. « *Je n'aimais pas du tout ce docteur* », me dit-il. Grâce à ce lapsus, Dominique, confronté à sa propre agressivité, commença à décoller, à se départir d'une sorte d'énorme ombre « *tombée sur le moi* », selon l'expression utilisée si justement par Sigmund Freud dans « Deuil et mélancolie ».
Le paradoxe posé à Dominique se résume à devoir chuter avec des fils déjà morts en s'identifiant à eux, à les faire vivre. Son symptôme de chuter réalise une identification à l'objet qui se dérobe, et aussi la punition de la réalisation des vœux incestueux : l'identification étant le signe d'un attachement, en s'identifiant à la personne enviée, il essaie de s'approprier la valeur phallique dont la personne est porteuse. Mais, lors d'un deuil dont le travail n'a pas été fait, l'ambivalence de sentiments envers le père non élaborée, le risque que le corps entier prenne la place d'un mort, sont tout à fait patents. Dans certains moments régressifs, Dominique prend, me semble-t-il, la place du nourrisson mort dont il incarne le corps qui tombe lorsqu'il est pris de vertiges.
Peut-on dire que la souffrance psychique des deux parents restait entièrement méconnue et faisait irruption à travers le « corps-symptôme » de leur enfant angoissé « à mort » par une culpabilité dont ils ne voulaient rien savoir et dont Dominique ne voulait rien savoir ?

> *Il a un projet à long terme, une raison de renoncer à la satisfaction pulsionnelle*

UN SAVOIR NOUVEAU

Le but de la cure analytique est de questionner l'énigme entre le désir et la pulsion, le rapport entre la pulsion et le fantasme, afin de dégager un savoir nouveau, longtemps resté non su, un savoir qui était là sans un sujet pouvant le reconnaître, le transformer en un savoir subjectivé.
Le passage de la pulsion en fantasme va assurer le progrès dans la cure. Pour cela, il faut que la fonction paternelle se remette en marche. Un idéal du moi pourra ainsi se redessiner pour tirer en avant les rêves du sujet.
Lors d'une séance, Dominique commence à me dire qu'il aimerait quand même maigrir, pour pouvoir faire

un stage chez les pompiers pendant les vacances d'été. Il a donc un projet à long terme, une raison de renoncer à la satisfaction pulsionnelle. Le fantasme de sauveur, celui de prendre la place d'un père puissant, commence-t-il à se mettre en route ? En tous les cas, il suit les conseils de la nutritionniste pour la première fois. Car la giration du fantasme assurant la bonne distance avec un réel dévorant n'est propulsée que par la présence d'un père dont la place est à prendre, est à tuer symboliquement. Dans certaines circonstances, le fantasme se bloque sur son versant passif, mortifère, objectivant plus près de la pulsion, et cette objectivation peut aller jusqu'à la disparition du sujet. La distinction des deux figures paternelles, le père vivant et le père mort, dont seulement le nom dépasse les générations, est décisive pour l'avenir du sujet. Comment faire pour oser tuer le père symboliquement ? Comment se défaire de cette croyance si l'acte de la séparation avec le maternel n'est pas autorisé ? Comment avancer sans peur de mourir ou de faire mourir la mère? Sigmund Freud a repris d'Abraham cette idée où le père et la mort sont identifiés l'un à l'autre, car le père réel « *est un mort, il est la mort elle-même* » (Freud, Abraham, 1907-1926). L'obèse est englué dans ses kilos par des contradictions difficiles à résoudre, si on ne tient pas compte de leurs dimensions inconscientes. Faire maigrir une personne sans soigner les causes qui l'ont poussée à grossir s'avère, le plus souvent, peine perdue : le vide laissé par la disparition d'un appui artificiel constitué du poids emmagasiné menace alors d'avaler le sujet démuni de la seule béquille qui le faisait tenir debout. Si ce poids est perdu sans que la vacuité qu'il laisse soit recouverte d'un tissage psychique inédit, d'une construction appartenant au sujet, il sera très vite regagné. L'individu obèse tient à son envie de manger ; pour lui, elle représente l'unique possibilité de se sauver d'une possession objectivante. Il mange pour acquérir de l'autonomie, parfois c'est la seule décision qui lui est autorisée, mais, ce faisant, il ne sait pas à quelle identification aliénante il obéit. Une culpabilité inconsciente, méconnue, nourrie par la peur de perdre le lien à la vie, le transforme en objet solitaire, coupé des autres, lui interdisant la voie de son propre désir. Pour certains de ces sujets, comme ils l'avouent volontiers, il s'agit d'une addiction à la nourriture. Mais savent-ils que l'étymologie « addiction » désignait en langage juridique l'« esclavage », l'obligation de payer une dette en contraignant le corps ? Cette dette, toute imaginaire qu'elle soit, n'apparaît-elle pas dans le réel du corps, dont le sujet obèse n'est plus le seul maître à bord ? Le travail analytique peut-il aider à élucider l'énigme d'une contrainte pulsionnelle tramée pour chaque personne de manière unique par son histoire dans son présent, pour libérer un futur possible pour qu'il « bouge » enfin ? Dominique a-t-il commencé à maigrir, car il était enfin délesté, grâce à l'analyse, de ses doubles mortifères qu'il portait à son insu avec le fantasme d'un père qui risquait de le tuer s'il se séparait de la mère ?

Bibliographie

Anzieu D., Bejarano A., Kaës R. (sous la direction de), 1972, *Le Travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod.

Bergevin P., Grangeard C., 2002, « Gastroplastie. Pour le miracle, prendre rendez-vous », *Le Quotidien du médecin, 7197.*

Bion W. R., 1965, *Recherches sur les petits groupes*, Paris, Puf, 1967.

Béraud H., 1986, *Le Martyre de l'obese*, Paris, Albin Michel.

Bernays E., 1928, *Propaganda*, New York, Liveright.

Bruch H., 1964, « Aspects psychologiques de la boulimie et de l'obesité », *Psychosomatique*, 5 : 269-274.

Bruch H., 1973, *Les Yeux et le ventre : l'obese, l'anorexique*, Paris, Payot, 1975.

Brusset B., 1991, « Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique », *in* Brusset B., Couvreur C., Fine A. (sous la direction de), « La Boulimie », *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, Puf.

Bulat-Manenti G., 2012, *Comment fonctionne une cure analytique ?*, Ramonville-Sainte-Agne, Érès.

Ciccone A. et Lhopital M., 1991, *Naissance a la vie psychique. Modalites du lien precoce à l'objet au regard de la psychanalyse*, Paris, Dunod, 2001.

Corcos M., 2000, *Le Corps absent*, Paris, Dunod.

Corcos M., 2005, *Le Corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*, Paris, Dunod.

Driffield K., 2013, « Le concept de gavage psychique », *Santé mentale*, 174 : 40-44.

Erickson E., 1968, *Youth and Identity*, New York, Norton.

Freud S., 1895-1896, « Esquisse d'une psychologie clinique », *Lettres à Fliess 1897-1904*, Paris, Puf, 2006.

Freud S., 1912, « Conseils au medecin dans le traitement psychanalytique », *La Technique psychanalytique*, Paris, Puf, 1953 ; *Ocf.p, xi*, 1998.

Freud S., 1912, *La Vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969.

Freud S., 1927, *L'Avenir d'une illusion*, Paris, Puf, 1948.

Freud S., Abraham K., 1907-1926, *Correspondance complete. 1907-1926*, Paris, Gallimard, 1969.

Gary R., 1975, *La Vie devant soi*, Paris, Gallimard.

Gougoulis N., 2008, « La fiabilité de l'objet », *Revue française de psychanalyse*, LXXII (4) : 1037-1051.

Gougoulis N. (sous la direction de), 2013, « Un autre regard sur l'obesité », *Santé mentale*, 174.

Gougoulis N., 2013, « L'obesité, un defi pour la psychanalyse », *Santé mentale*, 174 : 45-49.

Grandazzi M.-H., 2005, « L'expérience d'une equipe pluridisciplinaire dans un centre de moyen sejour », *Enfances & Psy*, 27 : 71-75.

Grangeard C., 2007, *Obésités. Le poids des mots, les maux du poids*, Paris, Calmann Lévy.

Grangeard C., 2008, « Obesite mentale ? », *La Clinique lacanienne*, 13 : 129-147

Grangeard C., 2011, « Vers une psychanalyse de l'obesité », *La Clinique lacanienne*, 18 : 141-150.

Grangeard C., 2012, *Comprendre l'obésité. Une question de personne, un probleme de societé*, Paris, Albin Michel.

Grangeard C., 2013, « La chute du régime », *Santé mentale*, 174 : 50-55.

Grangeard C., Bergevin P., 2005, « Le seigneur des anneaux », *Enfances & Psy*, 27 : 86-96.

Green A., 2000, « La position phobique centrale », *in* Green A., *La Pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, 2002.

Haineault D.-L., 2006, *Fusion mere-fille : s'en sortir ou y laisser sa peau*, Paris, Puf.

Huerre P. (sous la direction de), 2005, « Trop de poids, trop de quoi », *Enfances et psy*, 27.

Lauru D., 2006, *Pere-fille, une histoire de regard*, Paris, Albin Michel.

Le Breton D., 2013, *Corps en forme*, Paris, Cnrs Éditions.

Lecerf J.-M., 2013, *À chacun son vrai poids. La santé avant tout*, Paris, Odile Jacob.

Lefourn J.-Y., 2005, « François Rabelais, ou l'apologie du trop », *Enfances & psy*, 27 : 114-118.

Le Run J.-L. (sous la direction de), 2013, « Conflits de loyauté », *Enfances et psy*, 56.

Lesne E., 1998, *Papa, Maman, on m'a traité de gros*, Paris, Albin Michel.

McDougall J., 1986, « Un corps pour deux », *in* Mijolla A. de (sous la direction de), *Corps et Histoire*, Paris, Les Belles Lettres.

Mijolla A. de, 1973, *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Petite bibliothèque Payot.

Moscovici S., 1961, *La Psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF.

Polard J., Le Diuzet C., 2003, « Comment ça passe ? Les voies de la transmission inconsciente », *Dialogue*, 161 : 87-95.

Poulain J.-P., 2009, *Sociologie de l'obésité*, Paris, PUF.

Rosenfeld H., 1971, « A Contribution to the Psychopathology of Psychotic States », *in* Doucet P. et Laurin C., *Problems of Psychosis*, Amsterdam, Excerpta Medica.

Saint Pol T. de, 2007, « Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle », *Notes & Documents*, 1.

Saint Pol T. de, 2010, *Le Corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, Paris, PUF.

Segal H., 1957, « Notes on Symbol Formation », *in* Segal H., *Delusion and Artistic Creativity and other Psychoanalytic Essays*, New York, Aronson, 1981.

Smadja C. et Zweig G., 1996, « Argument », *Revue française de psychosomatique*, 25 : 5-6.

Vigarello G., 2010, *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Âge au XXe siècle*, Paris, Le Seuil.

Waysfeld B., 2003, *Le Poids et le moi*, Paris, Armand Colin.

Winnicott D. W., 1936, « Appetite and Emotional Disorder », *in Through Paediatrics to Psyco-Analysis*, London, Hogarth, 1958.

Winnicott D. W., 1948, « Paediatrics and Psychiatry », *in Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London, Hogarth, 1958.

Winnicott D. W., 1960, « Ego Distortions in Terms of True and False Self », *in The Maturational Process and the Facilitating Environment*, London, Hogarth, 1965.

Winnicott D. W., 1969, « L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif », *in De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Winnicott D. W., 1988, *La Nature humaine*, Paris, Gallimard, 1990.



Nouvelles figures de l'adolescence



Psychologue clinicien
Membre du ca du *Journal des psychologues*

Un voyage à travers l'œuvre de David Le Breton sur l'errance, la passion du risque, les tatouages, les scarifications… qui offre un éclairage sociologique et anthropologique sur les conduites à risque des adolescents, sans occulter pour autant la question de leur mal de vivre et de leur souffrance.

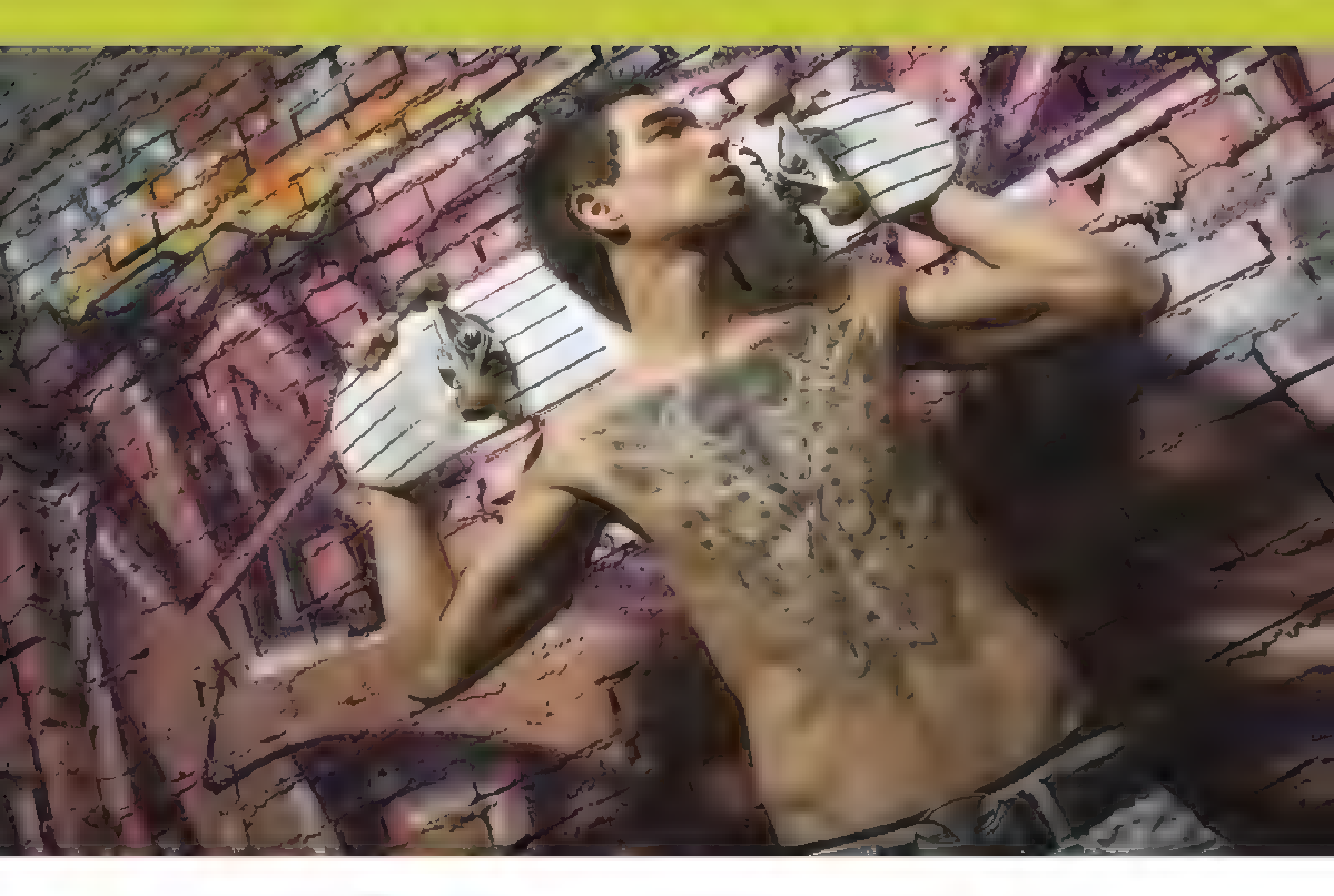


est professeur de sociologie à l'université de Strasbourg, membre de l'Institut universitaire de France et de l'Institut des études avancées de l'université de Strasbourg.
Il est spécialiste de l'anthropologie du corps et de l'anthropologie des conduites à risque.

Henri-Pierre Bass : **Qu'est-ce qui a suscité votre intérêt pour les questionnements concernant l'adolescence ?**

David Le Breton : Mes recherches sur l'adolescence sont très anciennes, d'une certaine manière, car j'ai moi-même été un adolescent mal dans ma peau, ce qui m'a conduit un jour à partir au Brésil avec la volonté de ne plus jamais rentrer en France. Je suis parti tenaillé entre deux tentations opposées, d'abord la tentation d'un engagement politique contre les régimes militaires qui sévissaient à la fin des années 1970-1980 en Amérique latine. Mais, très vite, je me suis aperçu de la dérision de ce désir, après avoir croisé d'autres jeunes de mon âge qui avaient été victimes de la dictature. L'autre tentation était déjà celle de la disparition, c'était l'Amazonie comme un lieu où s'effacer. Après un mois de séjour à Rio de Janeiro, désemparé, j'ai repris mon sac à dos et j'ai fait tout le tour du Brésil à pied, en stop, tout le tour du littoral Atlantique ; je suis arrivé à Belém et j'ai pris un bateau jusqu'à Manaus, je n'avais plus d'argent, je dormais dehors, je me nourrissais d'expédients.

H.-P. B. : **C'est un peu ce qui a été la source d'inspiration de votre dernier livre sur la marche ? Une forme de dépouillement ?**



D. L. B. : Oui, une recherche du dépouillement. J'étais très proche de l'errance à l'époque. Cependant, j'écrivais déjà tous les jours. Je m'agrippais à l'écriture comme la seule chance qui me restait pour ne pas me perdre. J'écrivais contre la peur, si je puis me permettre ce clin d'œil à Rainer M. Rilke. Il ne s'agissait pas, en revanche, d'une marche choisie, heureuse, comme celle qui est au cœur de mes deux livres, *Éloge de la marche* ou *Marcher. Éloge des chemins et de la lenteur*. Ici, il s'agissait de marcher pour tenter de s'éloigner de soi ou chercher quelque chose que j'ignorais encore. Ce fut pour moi une sorte de route initiatique, une traversée de la nuit, mais j'étais toujours vivant. Je suis donc rentré à Rio, j'ai pris la décision de rentrer et de terminer ma thèse qui n'était déjà pas loin d'être achevée. J'ai fini ma thèse de sociologie avec Jean Duvignaud. Elle portait déjà sur l'anthropologie du corps. Elle s'intitulait « Corps et pouvoir ». J'y analysais le corps des femmes, des personnes handicapées, le corps psychiatrisé, tout ce qui, à l'époque, faisait l'objet de grands débats autour de Michel Foucault. C'était un grand moment de l'antipsychiatrie britannique, j'étais étudiant à Tours ; c'est-à-dire tout près de Laborde, de Cour Cheverny avec Jean Oury, Ginette Michaud et Félix Guattari qui travaillait beaucoup avec Gilles Deleuze. Je suivais, à cette époque, un double cursus de formation : en sociologie et en psychologie clinique. J'ai soutenu ma thèse de sociologie et, l'année suivante, je suis allé à la « Catho », à Angers, achever un DESS de psychopathologie, animé à l'époque par Pierre Kaufmann et Marie-Claude Lambotte. Je n'avais pas suivi ce cursus pour devenir psychologue, mais simplement pour continuer à essayer de mieux comprendre le monde qui m'entourait. Le métier de psychologue m'effrayait, car j'ai toujours du mal à tenir en place, je suis un voyageur éperdu, même si j'ai toujours aussi envie de rentrer. Peut-être suis-je toujours à chercher ma place, même si je sais qu'elle est d'abord dans l'écriture.

H.-P. B. : Vous sentez-vous proche de Jack Kerouac et de sa poétique évoquée dans *L'Homme aux semelles de vent* ?

D. L. B. : Exactement, j'ai toujours eu une fascination pour le voyage. Déjà adolescent, j'effrayais mes parents en partant en stop pendant l'été pour visiter l'Europe. Aujourd'hui, je suis plutôt invité, car la réception de mon travail depuis le début des années quatre-vingt-dix, les traductions aussi, me valent bien des invitations en France ou à l'étranger. Et, à cet égard, je n'ai sans doute jamais grandi, car je suis toujours heureux au bout du monde, j'ai le sentiment d'être au cœur d'un rêve. Certaines villes, certains pays, continuent à me faire rêver, même si je les connais bien. C'est comme si j'avais toujours quinze ans.
Après la soutenance de ma thèse de sociologie, pendant sept ou huit ans, je n'ai pas eu de postes, sauf en tant que chargé de cours ; je donnais des cours de sociologie



→ et d'anthropologie dans les écoles d'infirmières et de travail social. J'enseignais aussi beaucoup en formation continue dans les hôpitaux, notamment sur les relations interculturelles et sur les médecines alternatives, j'enseignais comme vacataire dans les facs de Tours et du Mans, j'avais des enseignements aussi à Angers, à l'IPSA de l'université catholique. J'ai eu mon premier poste à Strasbourg, où j'ai enseigné la sociologie d'abord en STAPS, avant d'être nommé professeur à Paris X-Nanterre, puis de revenir à Strasbourg. Pour revenir aux conduites à risque, j'ai parfois le sentiment d'être un survivant, j'ai vu disparaître quelques-uns de mes amis. Certains se sont tués. C'était aussi l'époque d'une radicalisation de la toxicomanie, j'ai vu l'escalade bien décrite à l'époque par Claude Olivienstein avec le passage d'une toxicomanie amicale, conviviale autour de quelques joints, à une quête de produits plus durs, où ces garçons et ces filles se volaient entre eux, devenaient agressifs, en quête d'argent pour payer leur dose. On les voyait se dégrader et on perdait le contact avec eux. Quelques-uns ont pris les chemins de Katmandou, se sont perdus en Inde ou au Népal. Il y avait aussi en nous, à cette époque, une certaine fascination pour la folie. Je me souviens encore de deux ou trois amis qui faisaient des séjours réguliers à Laborde comme patients, ils entraient dans une bouffée délirante, restaient là-bas un mois ou deux et revenaient. Il y avait l'idée du voyage intérieur, l'idée d'aller au bout du délire. En revanche, il fallait être accompagné pour éviter de se détruire ou que l'autre vous détruise, il n'y avait pas en nous un romantisme de la folie qui amenait certains à se rendre plus vulnérables, plus sensibles. J'ai réussi à traverser tout cela, je me suis souvent mis en danger. Au retour du Brésil, je crois que j'ai tourné la page avec un certain sentiment de culpabilité d'avoir survécu. J'en dis quelques phrases dans mon livre *Passions du risque*, dont la première édition est de 1991. En rentrant à Tours, j'ai écrit un roman, j'ai tourné un film sur le cri. Je n'avais pas un sou, mais je m'agrippais à la création, à ma passion de comprendre. Je reste marqué par cette période, et mon travail de chercheur y revient inlassablement.

H.-P. B. : **Dans le titre de votre ouvrage, *Passions du risque*, il y a une dimension amoureuse, une sorte d'engagement jusqu'à se perdre…**

D. L. B. : Dans le livre, il y a deux versants : la question des sports dits « extrêmes » qui commençaient à avoir un succès vertigineux et, en même temps, les conduites à risque. Paradoxalement, nos sociétés connaissent un niveau de sécurité rarement atteint au fil de l'histoire. Mais l'intégration sociale réussie n'aboutit pas toujours à une douce jouissance de ses privilèges. Dans les années quatre-vingt, les activités physiques et sportives dites « à risque » prennent un essor considérable, elles ont leurs médias spécialisés, elles envahissent la publicité, instaurent de nouvelles formes d'héroïsme. Elles réenchantent l'existence, donnent ce frisson qui les rend mémorables. Le phénomène des nouveaux aventuriers fait son apparition aussi à l'époque, des hommes plus que des femmes, qui font commerce du risque. Le philosophe Vladimir Jankélévitch parlait à leur propos du « *bazar de l'aventure* ». Mais, sur l'autre versant, les conduites à risque foisonnent chez les jeunes générations, nées de la souffrance, du manque à être (toxicomanies, tentatives de suicide, fugues, troubles alimentaires, accident de la route, etc.). Deux manières à la fois proches et différentes d'interroger la mort pour donner sens à sa vie. L'intention du livre était surtout centrée sur les conduites à risque. Et le livre a été lu surtout sous cet angle, même si j'ai eu aussi énormément d'échanges et de débats avec des sportifs de l'extrême. Je ne pouvais pas comprendre les conduites à risque des jeunes sans faire le détour par l'engouement de nos sociétés pour ces prises de risque valorisées, encensées, médiatisées. À partir de la parution de cet ouvrage, je n'ai plus jamais cessé d'être immergé dans cette question des conduites à risque, car j'ai commencé à être souvent invité par les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins, les psychanalystes, les associations, les enseignants. Jusqu'alors, l'étude des conduites à risque concernait surtout la psychiatrie ou la psychanalyse, en mobilisant l'anthropologie, je donnais un autre cadre d'analyse, tout en nouant un dialogue serré avec les travaux des psychanalystes, des psychologues ou des psychiatres. Ce compagnonnage ne s'est jamais démenti, il est toujours aussi vivant en moi. En témoigne d'ailleurs le *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*, que Daniel Marcelli et moi avons coordonné aux Presses universitaires de France (2010) avec deux cents auteurs venus de la psychologie, de la psychanalyse, de la médecine, de la sociologie, de l'anthropologie, de l'histoire, du droit, etc. J'ai toujours essayé d'être un rassembleur.

H.-P. B. : **Est-ce cela qui vous a amené à éclairer la question de l'adolescence ?**

D. L. B. : Oui, ce qui a continué à me hanter, c'est l'importance sociologique grandissante des conduites à risque des jeunes, d'autant plus que certains de mes collègues, quand ils font une sociologie de l'adolescence ou de la jeunesse, occultent la question du mal de vivre, de la souffrance. Ils écartent cette question comme ne les concernant pas, ou alors sous l'angle du chômage par exemple. Mais l'entrée dans les conduites à risque s'opère dans les conditions affectives vécues par le jeune ; les conditions sociales sont secondaires.

H.-P. B. : **C'est une question de regard !**

D. L. B. : Oui, je ne méconnais pas qu'une immense majorité des jeunes va bien, mais une partie d'entre elle va mal. On parle d'environ 20 % de nos jeunes qui sont en pleine détresse. C'est cette population qui est au cœur de mon travail.

H.-P. B. : Vous avez écrit *La Peau et la trace*, qui évoque surtout les scarifications. Que mettez-vous sous le terme « scarification » ?

D. L. B. : Il s'agissait de comprendre les significations des attaques au corps et, là, je retrouvais Didier Anzieu et son travail autour du « Moi-Peau ». Les entames corporelles interviennent dans une situation de souffrance et d'impuissance, d'impossibilité de mettre la tension hors de soi. Face à la paralysie de toute possibilité d'action, elles rétablissent le jeune au sentiment de sa présence. Franchissement *in extremis* d'une passe dangereuse, les scarifications sont une manière de négocier un entre-deux intolérable. La trace corporelle porte la souffrance à la surface de soi, là où elle devient visible et contrôlable. Une manière de se faire mal pour avoir moins mal. Si le livre est plutôt centré sur les souffrances adolescentes, j'y analyse également certaines performances du *body art*, celles de Gina Pane, par exemple, qui s'écorchait sur scène, mais aussi d'autres artistes. J'y analyse également les blessures infligées lors des rites de passage des sociétés traditionnelles, mais le cœur du livre, c'est avant tout les attaques au corps de nos adolescents. Paradoxalement, les scarifications sont un recours à la douleur contre la souffrance. C'est le soulagement d'une souffrance. Les jeunes qui se sont entaillés disent se sentir à nouveau réels, à nouveau vivants, ils luttent contre le sentiment du « *break down* », le sentiment d'effondrement, ils s'agrippent à leur corps et à la sensation pour ne pas sombrer. Les scarifications sont de paradoxales techniques de survie. Le jeune extériorise quelque chose de son chaos intérieur, afin d'y voir plus clair. Il transforme en acte une impossibilité de dire les choses ou de les transformer. Là où manquent les mots, le corps prend la parole pour restaurer une frontière cohérente avec le monde extérieur. Les mots sont parfois impuissants devant la force des significations attachées aux événements, et le passage par le corps devient alors la seule issue. Dire un inceste ou des abus sexuels ne suffit pas à désamorcer le feu de la souffrance. Ces comportements sont des tentatives de contrôler un univers intérieur qui échappe encore et d'élaborer une relation moins confuse entre soi et l'autre en soi.
Je ne parle pas, pour ma part, de « passage à l'acte », mais d'« acte de passage » pour évoquer les scarifications, ce qui renverse complètement les choses. Il y a une notion d'acteur, alors que le passage à l'acte, c'est être un peu la proie de son inconscient. On est dans une conscience élargie où il y a nécessité intérieure de passer par là. Franchir les tourbillons, les courants dans lesquels le jeune est emporté, c'est se retrouver sur l'autre rive. C'est souligner l'aspect salvateur de l'acte. Il s'agit de s'arracher à l'effondrement, revenir à soi, revenir à une conscience de soi et puis continuer à vivre. À la fois, il y a une dimension qui s'impose, mais, à la fois, c'est très réfléchi, mais ce n'est pas une dimension cartésienne. C'est un impérieux besoin pour sortir d'une détresse sans nom.

H.-P. B. : Les attaques faites au corps sont-elles une faille des rites de passage ?

D. L. B. : La notion de rite de passage, élaborée par l'ethnologie à travers l'étude des sociétés traditionnelles, exige d'être repensée dans le contexte des sociétés contemporaines. Dans nos sociétés, l'entrée dans l'âge d'homme ou de femme concerne un individu qui vole de ses propres ailes, un individu dans le sens fort du terme, un « moi je » et non un « nous autres ». L'accès à une nouvelle dimension du goût de vivre n'est pas socialement construit par une série d'étapes concourant à un rituel établi sous le regard unanime de la communauté. Aucune progression ne vient jalonner ces épreuves en les rendant désirables et prévisibles. Elles sont solitaires et s'imposent dans un contexte de déliaison sociale réelle ou vécue comme telle. Inconscientes de leur quête ultime, elles puisent dans la souffrance de ne pas trouver signification à son existence. La réponse apportée est provisoire, insuffisante parfois à assurer le sentiment de sa valeur personnelle. Les instances de santé publique leur sont hostiles et mettent en place des structures de prévention pour les juguler ; elles provoquent la douleur des parents (ou des proches). Elles sollicitent le risque de mort, de blessure, de handicap, de maladie... La métamorphose de soi, créée par l'épreuve, quand elle existe, n'est pas transmissible aux autres et ne relève d'aucune mémoire collective. En outre, la réussite de l'épreuve n'est jamais assurée, elle se paie lourdement. Loin d'être attestée par la communauté, l'institution de soi, quand, par chance, elle apparaît, est strictement intime.
Cependant, même s'il était seul dans la mise en danger, même si tous ignorent l'épreuve traversée, le jeune, en échappant à la mort, à travers les sensations éprouvées au contact du danger, découvre en lui-même des ressources inattendues. Il s'efforce de reprendre le contrôle de son existence. Ce sont là des formes nouvelles de rites de passage, mais individuels. Ils traduisent plutôt une quête de signification. Parler de « rite individuel de passage » →

de symbolisation du goût de vivre.



→ pour les jeunes générations appelle le recours à une forme clandestine et solitaire de symbolisation du goût de vivre. Nous sommes donc loin des sociétés traditionnelles où le rite de passage donne l'accès à l'âge d'homme ou de femme à travers une série d'étapes déterminées par la coutume sous le regard des aînés. Le rite traditionnel assure la transmission sociale, jamais l'autoréférence. Il est communautaire, vécu solidairement par le groupe de pairs et s'institue toujours sous la responsabilité des aînés, jamais entre membres d'une même classe d'âge. Il s'accompagne du bonheur du jeune de changer de statut. Au terme des cérémonies, le jeune entre dans le groupe de son père ou de sa mère comme partenaire à part entière de l'échange, il est relié aux ancêtres. Plus jamais il ne se pose la question du sens ou de la valeur de sa vie, il se sait définitivement étayé sur le lien social. Ces rites de passage sont aussi fortement sexualisés, ils consacrent l'appartenance à un sexe.
La référence aux rites de passage traditionnels pour penser nos sociétés implique donc un travail sur la notion de rites.

H. P. B. : **N'y a-t-il pas un paradoxe à parler de « rite individuel de passage » ?**

D. L. B. : Non, car il faut penser simultanément la singularité de l'histoire de chaque adolescent, le sentiment qu'il est seul au monde à connaître une telle déréliction et, par ailleurs, la dimension éminemment collective de ces comportements. Un jeune qui tente de se tuer ou qui se scarifie tient les mêmes propos et accomplit les mêmes gestes où qu'il soit, à Montréal, à Palerme ou à Tokyo. Ce sont les mêmes gestes, les mêmes modalités de mises en acte, les mêmes propos qui caractérisent, au même instant, des milliers de jeunes à travers le monde. La notion de rite privé permet de tenir dans la même main les dimensions sociale et singulière de ces conduites à risque que l'on rencontre aujourd'hui dans l'ensemble des sociétés.

H.-P. B. : **Différenciez-vous les scarifications des tatouages ?**

D. L. B. : C'est un régime radicalement différent. Dans le tatouage et le *piercing*, on est dans une volonté de décorer son corps, de l'esthétiser, on est dans la reconnaissance d'une certaine culture, de classe d'âge par exemple pour les jeunes générations, qui permet de faire peau neuve. Ce qui ressort de mes enquêtes, c'est que le tatouage est comme un rite personnel de passage. Ils disent, après leur tatouage, être devenus enfin eux-mêmes, ils vivent une mutation ontologique qui leur fait prendre chair dans leur existence.
À cette période de la vie, il y a un surinvestissement de ces marques qui viennent souvent colmater des brèches du moi-peau. J'ai recueilli énormément de témoignages de jeunes qui disaient en substance : « *Avant je n'aimais pas mon corps, je n'osais jamais aller à la piscine sur les plages l'été, mais depuis que j'ai mon tatouage, mon piercing, au contraire, je me sens mieux dans ma peau, je suis fier de mon corps.* » Le tatouage ou le *piercing* opèrent parfois une sorte de réparation de l'image du corps. Le tatouage a un statut de signature quand il est une trace de subjectivité apposée sur un corps perçu auparavant comme n'étant pas tout à fait le sien, il traduit une symbolique d'appropriation, d'inclusion à soi. À l'inverse, la scarification est une tentative de se défaire de soi, une volonté de s'arracher une peau qui colle à la peau d'une identité intolérable. Dans les deux cas, il s'agit de faire peau neuve : pour le tatouage, en donnant un rayonnement supplémentaire à son corps et, pour les scarifications, en se désengluant de la souffrance dans un geste douloureux, qui est justement le prix à payer de la survie. Si le tatouage traduit le fait de se revendiquer comme soi, les scarifications en manifestent l'intolérable, le refus de se reconnaître. Et, parfois, comme une échappée belle, la marque corporelle permet de jouer sur tous les tableaux du sentiment de soi, entre signature et biffure, elle recouvre une plaie intérieure et devient un élément de guérison ou, du moins, un remède pour entrer dans une existence plus propice.
En ce sens, d'ailleurs, énormément de nos jeunes préviennent leur entrée dans des conduites à risque en changeant de peau, en faisant ainsi peau neuve.

H.-P. B. : **Comme une sorte de cuirasse caractérielle, au sens de Wilhelm Reich ?**

D. L. B. : Sans doute. Un exemple est resté profondément incrusté dans ma mémoire. Une année, j'ai travaillé avec un pierceur très renommé à Strasbourg, Crass. Il était, à l'époque, le patron d'une boutique de *piercing* porteuse d'une renommée extraordinaire. Il était réputé tant pour sa rigueur concernant l'asepsie que pour son talent de musicien dans un groupe connu ; et puis, il était charismatique. Lorsqu'un jeune arrivait dans sa boutique et lui faisait la demande d'un *piercing*, il lui en demandait la raison, et le jeune devait s'en expliquer, sinon il recevait une leçon sur la spiritualité des marques, leur importance dans la vie. Un vrai professionnel. Lui-même a vécu dans des squats, quitté ses parents très jeunes à cause d'un contentieux autour des tatouages. Il a vécu dans l'ultraviolence pendant des années, et il disait toujours s'en être sorti grâce à sa passion des marques corporelles ; et il en avait fait son métier. Je l'avais invité à faire une présentation de son travail devant les étudiants qui avaient travaillé avec moi cette année-là autour des marques corporelles. Après avoir fini son exposé, écouté avec fascination par la cinquantaine d'étudiants présents ce jour-là, il leur demanda s'ils avaient des questions à lui poser. Une étudiante de maîtrise leva la main pour témoigner de son tatouage. Elle était très émue, elle

commence à dire que, pendant longtemps, elle avait voulu se faire tatouer, mais sans trouver le moment propice. Mais, un soir, en sortant d'une fête techno, très euphorique, elle voit un type qui propose des tatouages dans sa camionnette. Elle se dit que c'est le moment et elle y va. À ce moment, elle éclate en sanglots. Silence dans la salle, bouleversée, elle nous dit : « *Lorsque je suis sortie de la camionnette avec mon tatouage, j'ai compris que mon corps était enfin complet.* » Phrase vertigineuse qui montre combien de jeunes trouvent dans le tatouage ou le *piercing* une réponse à une béance qui était en eux. Réponse peut-être provisoire, mais essentielle à ce moment de leur existence. C'est en entendant ce type de témoignages que j'ai eu le sentiment que je ne pouvais pas passer à côté du tatouage et du *piercing* en tant que chercheur, car il y avait là une sorte d'autoprévention, certains trouvaient une sorte de repère à même la peau. Bien entendu, pour l'immense majorité, il s'agissait de jeunes déjà bien dans leur peau, et qui se sentaient encore mieux après.

H.-P. B. : Cela signifie-t-il, *a contrario*, qu'il y a un manque ? D'où vient ce manque ? Voyez-vous une dimension pathologique dans ces comportements, dans les conduites à risque par exemple ?

D. L. B. : Non, pas du tout. Je suis opposé à une prise en charge médicalisée ou psychiatrisée, sauf pour un accompagnement psychothérapeutique, un soutien psychologique. Dans mon expérience personnelle, depuis longtemps, j'ai trop vu de jeunes détruits par des traitements médicamenteux totalement inadaptés. Ce sont des jeunes qui ont besoin d'adultes qui leur donnent envie de grandir et qui soient des repères pour eux. Des adultes qui leur donnent le sentiment qu'ils existent, qu'ils ont une valeur personnelle. S'agissant des conduites à risque, les mêmes symptômes à quinze ans ou à quarante ans n'ont ni le même statut ni le même pronostic. L'adolescence est un temps d'obsolescence du sentiment d'identité, de remaniement, selon les circonstances, tant qu'un centre de gravité n'est pas établi en soi, tant que la quête n'a pas abouti. La résolution des tensions peut être rapide et inattendue, ou bien prendre du temps, mais elle trouve, le plus souvent, une issue favorable. Surprenante est alors la capacité d'oubli ou de rebond. À cet âge, un choix thérapeutique engage l'existence entière. Les modes de défense d'un adolescent n'ont ni la gravité ni la solidité de ceux d'un adulte. La fixation nosographique par une approche médicale peut être lourde de conséquences. Elle risque de transformer en essence ce qui est destiné à disparaître si l'on n'y prête pas une attention trop sévère. Ce qui n'est qu'une parade devient alors parfois un enfermement. Il faut à ces jeunes mal dans leur peau des lieux de parole, à l'image, d'ailleurs, de maintes maisons des adolescents en France.

H.-P. B. : Percevez-vous ce besoin d'avoir un *piercing* comme une transformation de la violence ?

D. L. B. : Le *piercing* n'est nullement violent et, de toute façon, la personne le choisit, il ne lui est pas imposé. Si on grandit dans une société où des amis ont des *piercings* ou des tatouages, on a envie de les rejoindre. En outre, dans les enquêtes que j'ai menées, la douleur du tatouage, voire du *piercing*, est revendiquée comme traduisant l'importance du moment. Elle participe à la ritualité intime. Si le tatouage ou le *piercing* étaient donnés sans effort, ils auraient nettement moins de valeur pour une majorité de nos contemporains.

H.-P. B. : Cela rejoint votre ouvrage, *Expériences de la douleur*, dans lequel vous présentez différentes formes du ressenti de la douleur selon les circonstances…

D. L. B. : Oui, exactement. Une douleur choisie et contrôlée par une discipline personnelle dans un but de révélation de soi (sport, *body art*, suspensions, tatouage, *piercing*, etc.) ne contient qu'une parcelle dérisoire de souffrance, même si elle fait mal. Il reste à assumer une pénibilité supportable, mais qui permet aussi d'expérimenter la personne que l'on est, de toucher ses limites. Une douleur subie, imposée, est destructrice, c'est celle qui vient de la maladie, des séquelles d'un accident, de la torture. Mais, même dans ces derniers cas, où la douleur abîme, il y a toujours des ressources intérieures pour s'y opposer. Même dans le pire, c'est-à-dire la torture, j'en parle justement dans ce livre en donnant des exemples. La douleur est toujours d'abord une signification ressentie. Et nous venons de voir le paradoxe d'une souffrance de vie un instant apaisée par la douleur délibérée des scarifications.

H.-P. B. : La scarification serait alors une nouvelle figure de l'errance ? Il y a trente ans, il s'agissait des voyages ? Pourquoi, aujourd'hui, ce sont les tatouages et les *piercings* ?

D. L. B. : Les conduites à risque sont prises dans les mailles de l'histoire de nos sociétés. Certaines sont récentes. Les troubles alimentaires ont vraiment émergé dans les années quatre-vingt, les tueries scolaires perpétrées par des adolescents contre d'autres adolescents et leurs professeurs datent du milieu des années quatre-vingt-dix, les scarifications, quant à elles, de la fin des années →



quatre-vingt-dix, l'alcoolisation extrême en quête de coma a commencé doucement à partir des années deux mille. Mais de grandes figures anthropologiques les traversent. Je les décris lentement dans mon livre, *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. L'ordalie est une manière de jouer le tout pour le tout et de se livrer à une épreuve personnelle pour tester une légitimité à vivre que le jeune n'éprouve pas encore, car le lien social a été impuissant à lui donner, ou bien qu'il a perdu et que les efforts des autres n'ont pas restauré. En se mettant en danger, il interroge symboliquement la mort pour garantir son existence. Toutes les conduites à risque des jeunes ont une tonalité ordalique.

Le sacrifice joue la partie pour le tout. Le jeune abandonne une part de soi pour sauver l'essentiel. Ainsi, par exemple, des scarifications ou diverses formes d'addiction comme la toxicomanie, l'anorexie. Le sacrifice ne s'inscrit pas dans une volonté d'échange intéressé, dans la mesure où le jeune ignore ce qu'il poursuit. Il n'est pas dans une logique d'intérêt, mais en quête d'une signification pressentie sur le moment ; il n'a pas une conscience claire.

J'appelle « blancheur » la volonté d'un effacement de soi dans la disparition des contraintes d'identité. Ne plus être le fils ou la fille, l'élève ou l'étudiant, échapper à soi, à son histoire, à son nom, à son milieu affectif. On la rencontre notamment dans l'errance, l'adhésion à une secte ou la recherche de la « défonce » à travers l'alcool, la drogue ou d'autres produits. Recherche du coma et non plus de sensations. L'enjeu est de ne plus être soi pour ne plus être atteint par la souffrance. La blancheur est un engourdissement, un laisser-tomber né de l'impuissance à transformer les choses. La blancheur, en principe, n'est pas un état durable, mais un refuge plus ou moins prolongé, un sas pour se protéger.

La dépendance est une autre figure anthropologique. À l'incertitude des relations, le jeune oppose le rapport régulier à un objet qui oriente totalement son existence, mais qu'il a le sentiment de maîtriser à volonté et éternellement : drogue, alcool, nourriture, scarifications, etc., grâce auxquels il décide, à sa guise, des états de son corps, quitte à transformer son entourage en pure utilité et à ne rien investir d'autre. Les relations de dépendance sont une forme de contrôle exercé sur la vie quotidienne face à la turbulence du monde. Dans toutes les conduites à risque, on rencontre, sous une forme ou sous une autre, un enchevêtrement de ces figures.

H.-P. B. : **Comment comprenez-vous cette émergence de nouvelles formes de violence, comme les tueries scolaires ?**

D. L. B. : Ces tueries sont une rançon de l'individualisation du lien social. L'individu contemporain est souvent hanté par un souci de reconnaissance qui lui manque. Une société d'individus implique autant de personnes soucieuses d'être reconnues dans la conviction de leur valeur propre. Les tueurs scolaires sont des garçons souffrant dans leur identité masculine, ils n'ont guère des corps d'athlète et ne sont pas en position d'être valorisés par leurs pairs pour leurs performances sportives ou leur succès auprès des filles. À défaut de se construire dans la réciprocité du lien à l'autre, ils choisissent une inscription en porte-à-faux, une sorte d'identité de répulsion qui leur donne un sentiment fort d'existence. La plupart de ces tueries sont commises par deux garçons. Il y a là le sentiment d'accomplir un rite grandiose de virilité, bien ancrée dans la tradition culturelle américaine, et particulièrement du cinéma hollywoodien ; le fait d'être à deux renforce leur détermination, cela alimente même la surenchère pour ne pas perdre la face. Ces jeunes ne se sentent pas à leur place dans leur existence, le monde leur paraît sans intérêt et contestable au regard du manque d'attention qu'il leur porte. Ils veulent disparaître, mais non sans entraîner avec eux le maximum de leurs semblables pour leur faire payer leur indifférence ou leur prétendu mépris. Ils souhaitent exister pleinement à travers leur acte, mais aussi dans la douleur de leurs victimes et de leurs familles. Ils veulent forcer la reconnaissance de ce qu'ils sont non dans l'agrément collectif, mais plutôt à travers l'effroi qu'ils entendent susciter. En tuant, ils ont le sentiment d'exister de manière grandiose et d'entrer enfin, par effraction, dans la reconnaissance sociale. L'individu contemporain ne se sent plus appartenir à un ensemble, il baigne parfois dans le sentiment de faire monde à lui tout seul. Et ce processus de déliaison est poussé à son terme par les tueurs scolaires. Le centre de gravité de l'individu est ce qui compte à ses propres yeux, les autres n'ayant souvent d'autre consistance que celle de figurants ou d'utilités. Le monde n'est plus une responsabilité, mais un cadre formel qui vaut pour le déploiement de soi. Les exigences narcissiques prennent le pas sur le sentiment du lien, et transforment autrui en un problème à résoudre. ■

Parmi les ouvrages de David Le Breton

1991, *Passions du risque*, Paris, Métailié, 2000.

1998, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Puf, 2013.

2001, *L'Adieu au corps*, Paris, Métailié, 2013.

2003, *La Peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié, 2013.

2004, *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*, Paris, Puf, 2013.

2007, *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Paris, Metailié.

2010, *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*, Paris, Métailié.

2012, *Marcher. Éloge des chemins et de la lenteur*, Paris, Métailié.

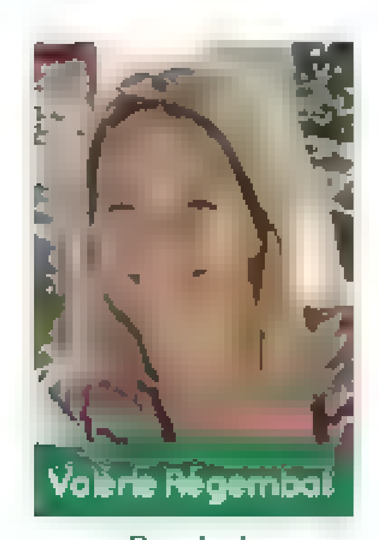
2013, *Une brève histoire de l'adolescence*, Paris, Éditions Jean-Claude Béhar.

En collaboration avec Marcelli D., 2010, *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*, Paris, Puf.

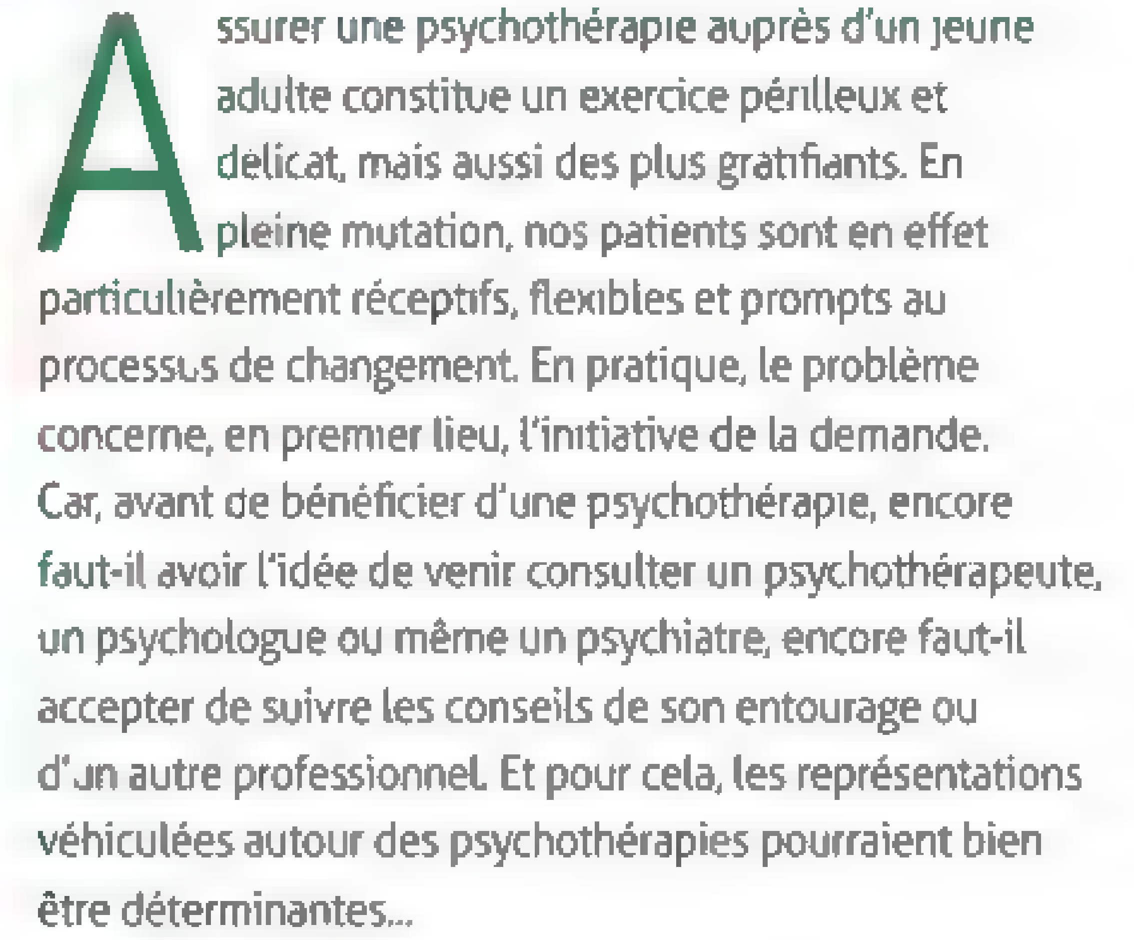
Le regard des jeunes sur les psychothérapies

L'équipe des psychologues du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de Lyon-1 rencontre en consultation de nombreux étudiants pour des problématiques variées. Pour sensibiliser sur l'éventail des soins et démythifier la place et la fonction du psychologue, une action a été menée avec la collaboration d'étudiants en psychologie.


Pierrette Estingoy
Psychiatre
Praticien hospitalier
Enseignante à l'EPP


Valérie Régembal
Psychologue


Anne-Gaëlle Salomé
Psychologue



Assurer une psychothérapie auprès d'un jeune adulte constitue un exercice périlleux et délicat, mais aussi des plus gratifiants. En pleine mutation, nos patients sont en effet particulièrement réceptifs, flexibles et prompts au processus de changement. En pratique, le problème concerne, en premier lieu, l'initiative de la demande. Car, avant de bénéficier d'une psychothérapie, encore faut-il avoir l'idée de venir consulter un psychothérapeute, un psychologue ou même un psychiatre, encore faut-il accepter de suivre les conseils de son entourage ou d'un autre professionnel. Et pour cela, les représentations véhiculées autour des psychothérapies pourraient bien être déterminantes...

DES INDICATEURS INQUIÉTANTS

En 2011, le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé[1] sur les jeunes rapportait qu'environ 20 % des adolescents de dix à vingt-quatre ans souffriraient d'un problème de santé mentale chaque année. Il est ajouté que les expériences de violence, d'humiliation, de dévalorisation et de pauvreté accroissent ce risque et que les comportements suicidaires restent l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes.

En France, les enquêtes les plus récentes menées auprès du public étudiant de nos universités sont toutes concordantes (Boujut *et al.*, 2009). Elles font état d'une sensibilité inquiétante pour l'ensemble des troubles psychiques et particulièrement pour la dépression sévère touchant jusqu'à 10 % des étudiants (Estingoy *et al.*, 2013). De plus, cette tendance s'inscrirait précisément chez les plus jeunes, ceux qui commencent juste leurs études supérieures pourraient repartir sans diplôme pour aller tristement rejoindre la cohorte des sans-emplois.

On le sait, la jeunesse constitue une période de transition et de vulnérabilité psychique en raison des nécessaires remaniements personnels, familiaux et sociaux que cela implique. La vie étudiante exige alors de faire face à de multiples ruptures, de nouvelles contraintes et des imprévus, tant au plan matériel, affectif qu'intellectuel. Une situation qui constitue autant d'épreuves à surmonter, le plus souvent seul, dans un climat de stress et d'incertitude. Avec cela, tandis que les pressions de performance ou d'accomplissement se renforcent, notre société urbaine favorise l'isolement social. De plus, l'atomisation des lieux de ressource ou de recours est alourdie par un excès de procédures administratives.

Lorsque le jeune fait l'expérience de la responsabilité, il se retrouve face à un champ d'action pratiquement nul. Il peut alors nourrir des doutes existentiels qui font le lit des conduites à risques et d'un engrenage vers l'échec. Outre les éventuelles perturbations au bien-être psychologique que tout cela induit, on peut assister à l'émergence de troubles psychiatriques plus graves. Mais pour mieux apprécier ces risques, il convient encore de pouvoir évaluer la qualité des relations des jeunes avec leur milieu, d'être en →

Note

1. OMS, 28 avril 2011, « Risque pour la santé des jeunes », 64e Assemblée mondiale de la santé, A64/25, Point 13.16 de l'ordre du jour provisoire, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-fr.pdf

mesure de repérer d'éventuels indicateurs de souffrance psychique et de pouvoir les accompagner vers un soin si cela s'avère nécessaire.

À l'université Lyon-1, comme partout en France, le dépistage, la prévention et l'intervention précoce en santé mentale des étudiants dépendent notamment de l'organisation des Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Ces services, peu pourvus en moyens humains, restent les mieux placés pour mettre en œuvre le repérage et les lieux d'écoute en faveur des étudiants ayant des difficultés psychologiques.

Actuellement doté de deux mi-temps de psychologues et d'une demi-journée de psychiatre, le SUMPPS de Lyon-1 œuvre pour une population de trente-cinq mille étudiants en sciences et santé, d'une moyenne d'âge de vingt-deux ans. Les consultations psychologiques sont prises sur rendez-vous spontané ou à la suite de l'orientation d'un autre membre du personnel. Elles concernent actuellement environ trois cents étudiants par an, soit moins de 1 % des étudiants affiliés.

La plupart d'entre eux consultent pour des problématiques de type adaptatif ou contextuel et bénéficient d'un accompagnement sur place. Les autres présentent essentiellement des troubles anxieux ou dépressifs exigeant une guidance vers un centre de soin adapté pour une psychothérapie plus spécifique et prolongée. Dans toutes les situations, le travail consiste alors à favoriser un climat de confiance grâce à une écoute active et chaleureuse. Il s'agit d'une étape cruciale qui permet au jeune d'expérimenter la relation psychothérapeutique. Seule une poignée de consultants viennent demander un avis ou un aménagement d'études pour des problématiques psychiatriques plus lourdes, presque toutes déjà connues et suivies.

Bibliographie

Boujut E., Koleck M., Bruchon-Schweitzer M., Bourgeois M.-L., 2009, « La santé mentale chez les étudiants : enquête auprès d'une cohorte de 556 étudiants de première année », *Annales médico-psychologiques*, 167(9) : 662-668.

Estingoy P. *et al.*, 2013, « Vulnérabilités psychiques chez les étudiants : à propos de deux enquêtes en santé mentale à l'université Lyon-1 », *Annales médico-psychologiques*, 171(6) : 392-398.

Estingoy P., Regembal V., Salome A.-G. *et al.*, 2013, « Représentations des psychothérapies en population étudiants. Autour de recherches actions menées à l'université Lyon-1 », *Études et pratiques en psychologie*, Paris, vol. 1, p. 54-61.

Malgré les résultats très encourageants que nous percevons quotidiennement auprès de nos jeunes patients, il est clair que notre action semble très insuffisante au regard des chiffres précédemment annoncés en terme d'épidémiologie sur la même population.

LA DÉFIANCE DES JEUNES FACE AU « PSY »

Afin de favoriser l'accès aux soins, des actions de sensibilisation sont donc développées sur le terrain, notamment à l'occasion de journées d'information. Par exemple, notre Forum prévention annuel est l'occasion d'aller directement à la rencontre de ces jeunes. Nous les attirons sur les stands avec des minitests ludiques, des ateliers de gestion du stress et même des dégustations alimentaires... Face à l'emblème « santé mentale », la plupart se montrent réservés, presque défensifs. Ils blaguent volontiers en groupe, déclarent ironiquement qu'ils ne sont pas concernés. Après incitation, n'osant probablement pas se dérober face à des adultes engageants, ils s'approchent, comme par jeu ou sous prétexte de picorer quelques carrés de chocolat. Ils se prêtent ensuite volontiers à des tests de dépistage sur différents thèmes. Finalement, ils se révèlent carrément curieux des mystères de la psychologie dans l'interaction plus individuelle...

Outre la crainte commune d'être stigmatisés malades mentaux, un doute et parfois une méfiance naturelle s'expriment vis-à-vis de la profession et de leurs interlocuteurs qu'ils sont incapables de clairement différencier. Ils nous font part alors de leurs hésitations, avouant leur ignorance.

Nous nous sommes donc demandé si ce manque de repères ou de connaissances concernant nos pratiques constituait un obstacle responsable d'un retard ou d'une hésitation dans la prise en charge.

Afin d'éclaircir ce point, nous avons tenté une action plus incisive à l'occasion du Forum prévention 2011. Il s'agissait prioritairement de développer leur connaissance des professions spécialisées en santé mentale. Pour cela, nous avons proposé aux étudiants des petits questionnaires concernant leurs représentations sur les « psys », sous-entendus, les psychiatres, les psychologues et les psychanalystes.

Au lieu d'attendre sur le stand que les jeunes les moins farouches se présentent, nous avons revu notre approche et invité un groupe de jeunes étudiants en psychologie à réaliser cette enquête. L'idée était de provoquer un dialogue entre pairs dans un espace de rencontre plus libre et convivial. Par binôme, ils étaient déployés sur l'ensemble du site et invitaient à la discussion les étudiants en sciences qu'ils rencontraient.

Ils leur fournissaient aussi un petit livret d'information avec les contacts utiles.
Bien heureusement, les résultats de cette première enquête ont montré que, très majoritairement, les étudiants percevaient la figure du « psy » comme un professionnel à l'écoute, susceptible de conseiller, de comprendre ou d'aider à trouver des solutions à leurs problèmes. Cependant, à la marge, s'exprimait aussi un sentiment d'amertume, que certains ont expliqué par une déception lors d'un premier contact avec un professionnel.
Les deux thématiques les plus négatives concernaient alors la question financière et une authentique suspicion concernant notre utilité ou nos compétences.
Par ailleurs, tous confirmaient leurs connaissances vagues et superficielles, souvent confuses quant à la spécificité de nos professions. Les représentations se révélaient ainsi souvent caricaturales et par conséquent pas toujours très flatteuses, entre le vieux barbu et le fumeur de joints...
Or, malgré toutes ces réserves, tous les étudiants plébiscitaient la méthode. Un accueil très positif avait été fait aux jeunes enquêteurs et un intérêt prononcé s'était confirmé pour les informations apportées en complément de l'enquête sur le monde de la psychologie[2]. Il nous appartenait donc de transformer cet essai.

LA MÉCONNAISSANCE DES JEUNES SUR LES PSYCHOTHÉRAPIES

En octobre 2012, pour la nouvelle journée annuelle Forum prévention, nous avons choisi de travailler plus particulièrement sur le thème des soins psychiques et des représentations concernant différentes psychothérapies. Dans la continuité de notre première expérience, nous avons maintenu le principe d'une recherche/action avec questionnaire. Notre souhait était d'obtenir des indications sur les connaissances théoriques et pratiques des étudiants sur les psychothérapies, en interrogeant croyances et représentations. Mais notre véritable ambition était toujours la transmission d'informations utiles aux étudiants dans un esprit de libre partage avec des pairs.
Pour cette deuxième édition, les binômes d'enquêteurs étaient composés d'un étudiant en psychologie et d'un étudiant infirmier. Ils allaient à la rencontre d'étudiants en sciences afin d'ouvrir un espace de dialogue singulier et de répondre à un éventuel besoin de précision. Une fiche d'information descriptive des grandes psychothérapies et des lieux ressources dans un langage accessible était alors distribuée. Le tout allait permettre à chacun de réviser ses propres représentations.

Le questionnaire et le livret d'information ont été soumis à environ trois cents étudiants en sciences, d'une moyenne d'âge de vingt et un ans, harmonieusement répartis entre filles et garçons. Il comprenait :
- une question ouverte : « *À votre avis qu'est-ce qu'une psychothérapie (ou) à quoi ça sert ?* », qu'il fallait résumer en trois mots clés ;
- une question fermée : « *Pouvez-vous citer des types ou exemples de psychothérapie ?* », avec un nombre limité à trois ;

Tous ont des connaissances vagues et superficielles de nos professions.

- une série de dix items à attribuer aux psychothérapies de soutien, psychanalyses et-ou thérapies cognitives et comportementales (TTC) ;
- des précisions sur le profil de l'enquêté, ses éventuels antécédents de psychothérapie ainsi que son avis et ses commentaires sur la méthode et-ou le contenu de l'enquête.

À la lecture des résultats sur un plan général, il est amusant de noter une sensible différence, selon le genre de la sémantique choisie pour définir les psychothérapies. Ainsi, les filles font plus aisément référence à la parole, au champ relationnel et affectif ; elles évoquent une « aide », un « soin », parlent du « dialogue » (premier mot), d'ordre « psychologique » (deuxième mot) afin de trouver une « solution » (troisième mot). En revanche, les garçons privilégient une terminologie plus opératoire qui semble empruntée à la médecine : ce serait donc un « soin », une « aide », un « traitement » (premier mot) pour un « problème » (deuxième mot) d'ordre « mental » (troisième mot).
Par ailleurs, au vue des réponses aux questions fermées, les représentations globales concernant les psychothérapies semblent en relative concordance avec la réalité. Les psychothérapies de soutien sont ainsi associées aux besoins actuels des personnes (84 %), la psychanalyse est décrite comme s'intéressant à la source des motivations inconscientes (72 %) et les thérapies comportementales

Note

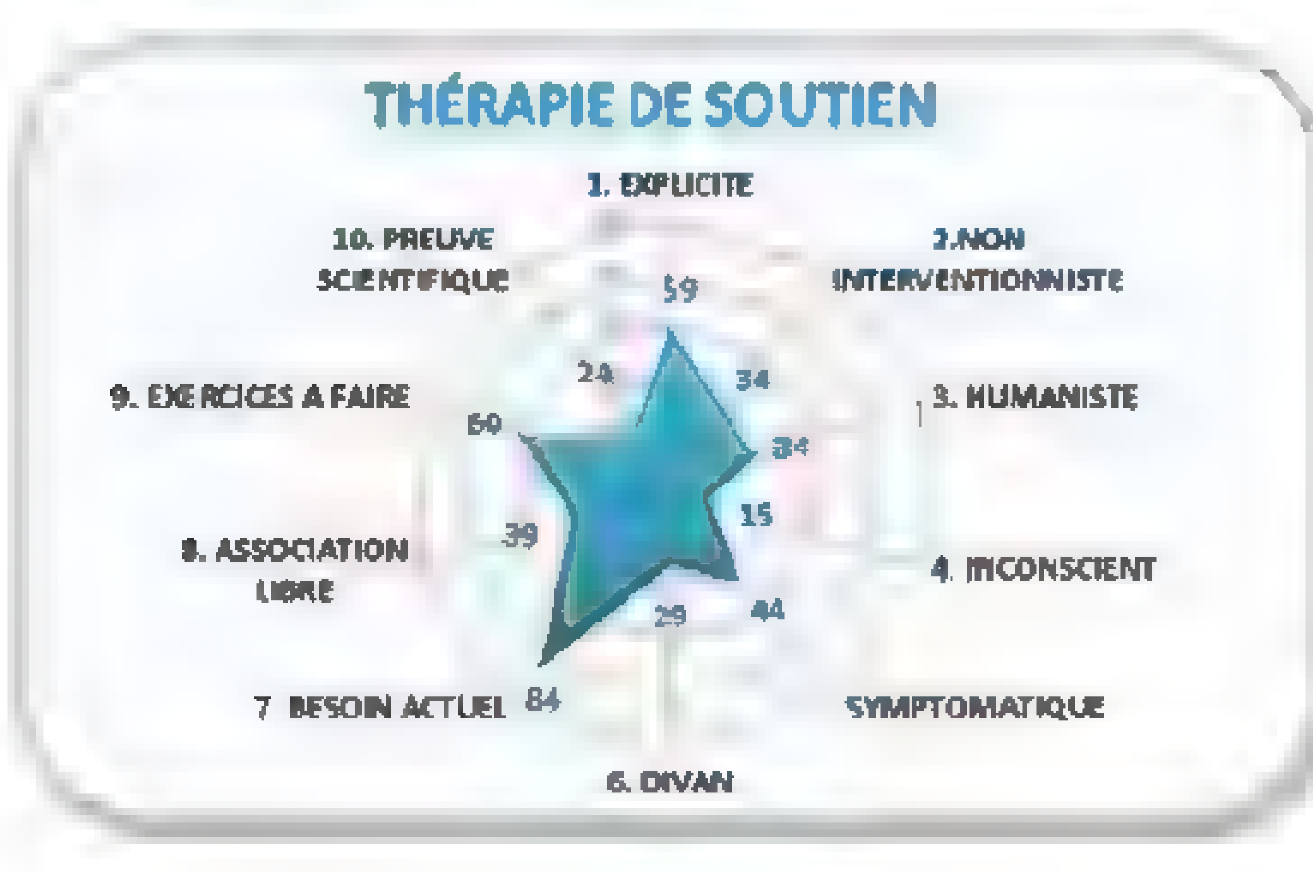
2. Estingoy P., Boinot L., Sauvade F., 2012, « Les psy's vus par les étudiants : une enquête sur les représentations sociales des professionnels en santé mentale » : 10e Congrès international de l'Association de recherche et de soutien de soins en psychiatrie générale, Paris, 27-30 mars 2012.

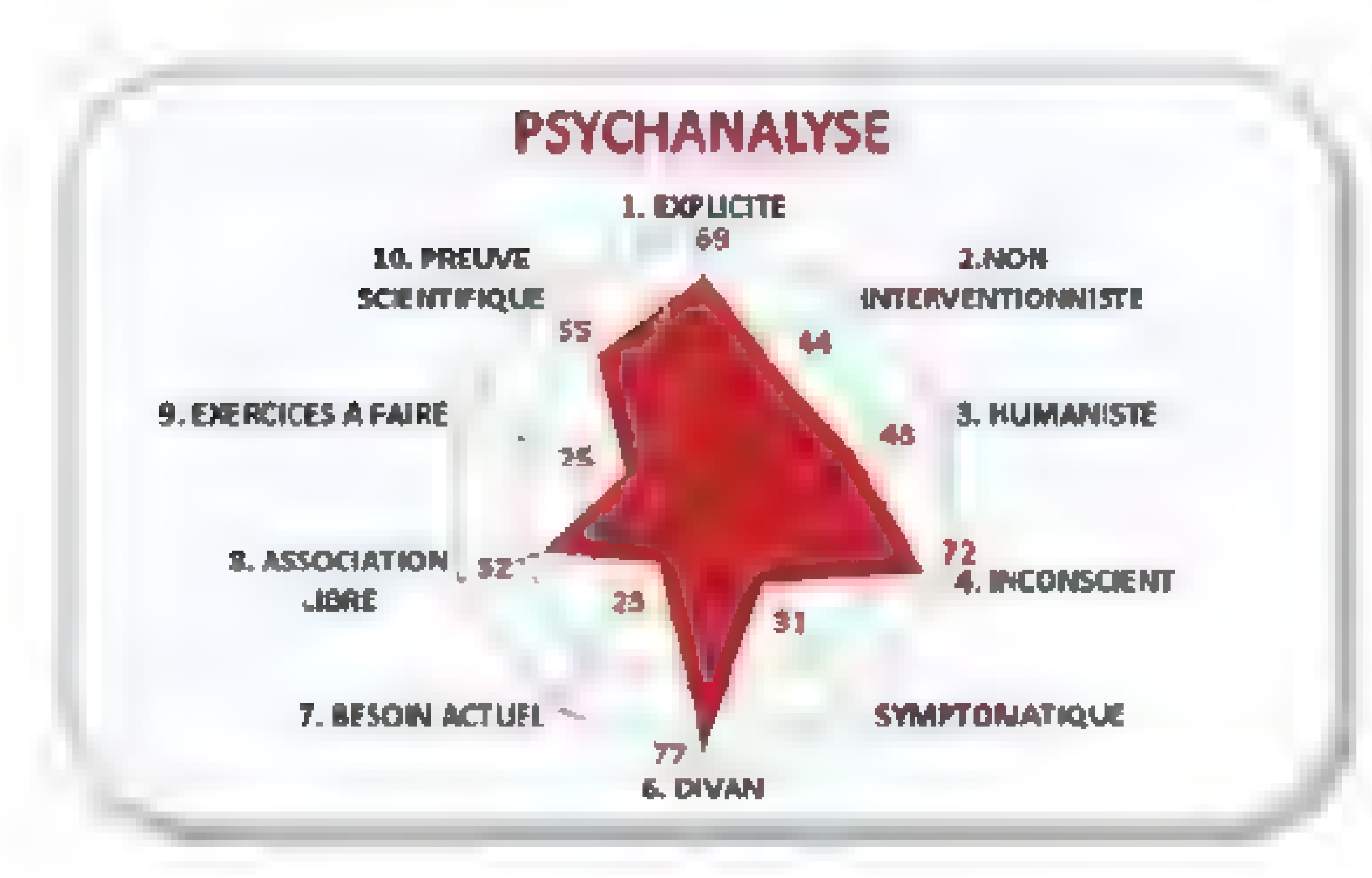
et cognitives se voient attribuer une cible symptomatique (73 %).

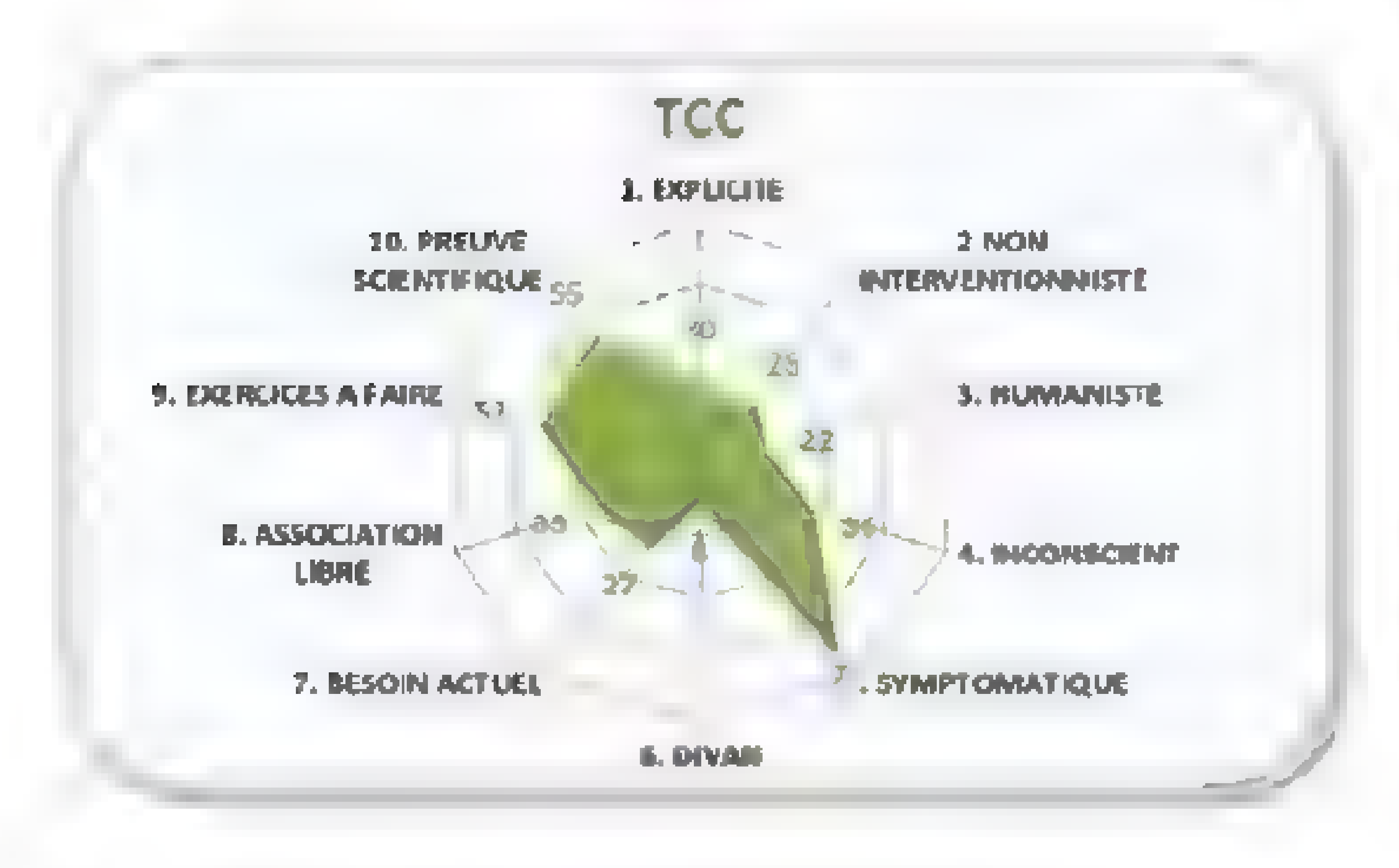
Toutefois, des confusions apparaissent clairement entre les différentes thérapies. À titre d'exemple, la psychanalyse se voit attribuer la palme de l'« accord thérapeutique explicite » (69 %). De même, la grande majorité des étudiants pensent qu'aucune thérapie ne se fonde réellement sur des théories humanistes. Enfin, le fait de préconiser des exercices entre les séances est plus souvent associé aux thérapies de soutien (60 %) qu'aux thérapies cognitives et comportementales (Estingoy, Régembal, Salomé, 2013).

Pourtant, plus d'un étudiant sur cinq déclarent avoir déjà consulté un psychologue ou suivi une psychothérapie, un chiffre cohérent avec les résultats de la littérature où l'on apprend que ce ne sont pas forcément les plus en difficulté qui consultent.

Repartition des résultats de l'enquête







L'INTÉRÊT DES JEUNES POUR LA PSYCHOLOGIE

Ainsi que nous le craignions, le rapport qualitatif des enquêteurs confirme que les étudiants en sciences s'excusent de leur méconnaissance des psychothérapies. L'engagement semble timide au début de la rencontre. Tous reconnaissent être un peu perdu, beaucoup ignorent l'existence de plusieurs psychothérapies et affirment avoir besoin de plus d'informations pour se repérer.

De fait, un étudiant interrogé sur deux est incapable de mentionner un seul exemple de psychothérapie, y compris certains qui en auraient déjà bénéficié. Les autres proposent en premier lieu, et majoritairement, la psychanalyse. Il faut dire que le baccalauréat n'est pas si loin et que l'étude de l'inconscient est au programme de philosophie. En ce sens, cette orientation mieux connue, aurait tendance à occuper le champ des représentations, laissant penser que la prise en compte du psychisme n'aurait qu'une théorie explicative ou thérapeutique.

Pour ceux qui peuvent citer d'autres types d'approche, une différence apparaît à nouveau entre garçons et filles. Les garçons confirment leur intérêt pour les approches techniques et évoquent notamment l'hypnose comme seconde alternative. Les filles témoignent encore de leur intérêt relationnel en énonçant, de façon privilégiée, les psychothérapies groupales et en particulier celle du couple !

Par ailleurs, lors de ces rencontres, tous les enquêteurs notent que les étudiants se sont montrés très ouverts à ce sujet avec un taux négligeable de refus, en général pour des contingences de planning.

Tous ont salué le fait de pouvoir avoir accès à des informations formalisées, sollicitant d'ailleurs souvent, par une avalanche de questions, des explications plus précises et détaillées sur la validité de leurs réponses. Ainsi, d'autres questions sur le fonctionnement psychologique et la santé mentale en général ont pu s'amorcer et un véritable dialogue a pu s'instaurer.

L'ensemble de ces jeunes estime que ce type d'approche permet de prendre conscience de la diversité des soins possibles en psychologie et des différents lieux ressources accessibles sans investissement financier rédhibitoire.

La démarche sur le modèle d'une rencontre entre pairs a été très appréciée et le bénéfice ne serait pas

seulement du côté des enquêtés. Les jeunes enquêteurs, eux-mêmes étudiants, ont en effet mesuré le hiatus entre ce qu'ils imaginaient comme implicite dans la relation thérapeutique et la réalité des connaissances des usagers. Ils ont ainsi pris conscience de l'importance d'une invitation participative dans le sens d'une éducation à la santé.

> *Aux professionnels d'œuvrer pour une meilleure lisibilité de leurs pratiques.*

Ils ont pu également aborder la richesse des échanges possibles en amont de toute rencontre thérapeutique et mesurer les représentations encore obscures qui parasitent les éventuelles demandes d'aide. Le fait d'aborder la question en binôme pluriprofessionnel serait, pour eux, une chance supplémentaire d'apprendre à mieux se définir, se positionner, à se sentir reconnu.

EN CONCLUSION

En dépit d'une certaine défiance et d'une relative méconnaissance sur le thème des pratiques autour de la santé mentale, les étudiants se révèlent tout à fait intéressés et demandeurs d'informations sur toutes les formes d'approches psychologiques. La représentation intuitive qu'ils ont des psychothérapies est tout à fait pertinente et la psychanalyse est la forme la mieux décrite et la plus reconnue.

Cependant, de l'avis général, les autres modalités de soins mériteraient une meilleure vulgarisation. De plus, sur le terrain, l'espace de rencontre avec des jeunes du même âge, en cours de formation dans le domaine, a permis d'instaurer un véritable dialogue entre les différents interlocuteurs qui ont partagé librement leurs connaissances. Et chacun semble y avoir gagné en termes de représentation de l'autre.

Ce serait donc désormais aux professionnels qu'il appartiendrait d'œuvrer pour une meilleure lisibilité de leurs pratiques tandis que les institutions pourraient s'interroger sur les moyens mis à disposition d'un tel besoin...

Enquête réalisée avec la participation des étudiants de l'École de psychologues praticiens et de l'Institut de formation en soin infirmier Saint-Joseph à Lyon.

Un cadre thérapeutique contenant pour l'adolescent… et ses parents

En pédopsychiatrie, la prise en compte de la dynamique familiale est essentielle. De nombreuses questions se posent sur la façon d'associer les familles au processus thérapeutique. L'approche systémique, sous réserve d'un aménagement de son cadre, peut être une piste.



Psychologue clinicienne
Thérapeute familial

L'adolescence constitue une période de remaniements et de réaménagements importants pendant laquelle l'adolescent doit notamment se positionner par rapport à son entourage et aux éventuels systèmes d'aide, en affirmant ses appartenances et ses différences. Ce processus de différenciation le conduit à vérifier la solidité des liens et la capacité des personnes de son entourage de le contenir. Ainsi, l'espace thérapeutique, s'il est avant tout tourné vers le jeune lui-même, donc individuel, ne peut se définir en rupture avec ses préoccupations relationnelles quotidiennes, ainsi qu'avec l'organisation du système familial dont il fait partie. Cette exigence peut nous mettre dans une position apparemment contradictoire, d'où la nécessité, pour nous, d'être particulièrement attentifs à la façon dont le cadre thérapeutique est défini et à la définition de la relation (au sens des théories de la communication) avec nos patients et leur famille. En effet, les adolescents sont très sensibles à la qualité de la relation et à la place à laquelle ils sont mis. Ils ont besoin de sentir que l'espace de parole qui leur est proposé est suffisamment étanche pour contenir les émotions qu'ils ont besoin d'exprimer, mais il est aussi important pour eux de vérifier qu'on peut leur permettre de faire des liens avec la réalité de leurs relations.

UN TRAVAIL PRÉALABLE AVEC L'ADOLESCENT…

Marie est une jeune fille de seize ans venue consulter pour des troubles des conduites alimentaires. Elle a investi d'emblée l'espace de parole qui lui était proposé pour évoquer son mal-être, qui s'exprime par un sentiment de vide qu'elle est parvenue à combler par des crises de boulimie et des vomissements quotidiens. La réflexion sur l'origine de ce sentiment de vide interne nous amène rapidement à évoquer les relations décevantes qu'elle entretient avec sa mère. Elle décrit sa mère comme étant extrêmement investie dans son travail et très peu disponible psychiquement et affectivement, tant elle est centrée sur ses propres angoisses et préoccupations. Son père est perçu dans un rôle quasi maternant, même s'il est décrit comme quelqu'un qui n'exprime presque rien de ce qu'il ressent. Marie vient d'emblée seule à ses consultations et y dépose toute sa colère à l'égard de sa mère. Elle a le sentiment d'avoir toujours dû se débrouiller toute seule et donner l'impression d'aller bien, pour ne pas augmenter les angoisses maternelles. Marie vit à présent comme une intrusion les questions de sa mère sur ses symptômes, dont elle n'a pris conscience que très tardivement, un jour où elle allait « *vraiment trop mal* » pour pouvoir les lui cacher. Elle décrit ses vomissements comme son seul moyen de décharge de la tension et comme sa sphère d'intimité absolue : « *C'est à moi, c'est tout ce qui me reste, je ne veux pas qu'ils soient au courant.* » En même temps, elle signifie toute son ambivalence en montrant sa grande déception quand ses parents lui disent qu'ils ne veulent pas s'engager dans une prise en charge parentale groupale qui leur a été proposée par le pédiatre du service, parce qu'ils estiment que « *les autres parents vivent des choses bien plus difficiles* [qu'eux] *et en souffrent beaucoup, contrairement à* [eux] ». Cette non-reconnaissance de ses symptômes, et surtout de sa propre souffrance, plonge Marie dans un mouvement dépressif majeur. De même, elle a beaucoup de difficulté à faire les examens somatiques prescrits, craignant, en cas de mauvais résultats, qu'on vienne faire intrusion dans le déroulement de ses crises. Mais elle se montre finalement extrêmement déçue de constater que les résultats somatiques ne sont pas alarmants et que, par conséquent, ses parents vont pouvoir continuer à ne pas s'inquiéter. En entretien, elle peut ainsi cheminer sur cette déception, *a priori* en décalage avec ses attentes affichées (qu'on la laisse tranquille) et accéder à l'attente qu'elle pouvait avoir que ses parents, et en particulier sa mère, réalisent à quel point elle pouvait avoir besoin d'eux pour être stoppée dans ce

processus piégeant. Dans la continuité de notre travail, nous avons donc évoqué à plusieurs reprises l'importance que ses parents puissent êtres associés à notre travail à un moment donné. De leur côté, les parents de Marie lui signifient qu'ils veulent me rencontrer. Elle me rapporte leur demande en disant : « *Ils veulent un rendez-vous pour être rassurés, ma mère peut le lundi.* » Je suis en général assez attentive à la façon dont le cadre se définit, à savoir qui décide des rendez-vous et sur quel temps les parents sont conviés (après le rendez-vous de l'adolescent, à sa place, sur un temps défini spécifique...). Je me suis rendu compte que je l'étais particulièrement avec Marie, tant je sentais que ma réponse à la demande de ses parents était non seulement importante pour définir le type de relation qui pourrait s'engager avec eux, mais aussi parce qu'elle donnait à Marie des indications essentielles sur mon positionnement par rapport à elle et à ma capacité d'associer ses parents, comme je l'évoquais avec elle depuis plusieurs entretiens, en préservant son espace de parole. Ainsi, alors qu'elle m'avait présenté cette demande comme une simple question de créneau horaire à trouver, quand je l'ai interrogée sur ce en quoi cet entretien pourrait être utile à notre travail, comment elle pourrait le vivre

Rester créatif pour échapper aux cadres prédéfinis.

et quelles répercussions cela pouvait avoir sur son espace de parole, elle a pu dire : « *Mais moi, je ne veux pas qu'ils viennent, je ne pense pas que cela puisse servir à quelque chose.* » Nous avons donc convenu ensemble qu'elle transmettrait à ses parents le fait que j'étais très intéressée d'avoir leur point de vue, mais que nous avions besoin de temps, tant pour définir dans quel contexte ce rendez-vous pourrait avoir lieu que pour le préparer, afin que cette rencontre puisse être utile au travail engagé avec leur fille.
Ce recadrage visait à transmettre à Marie qu'il ne suffisait pas que ses parents le demandent et que je le souhaite pour que ce rendez-vous ait eût lieu, mais que cela allait être pensé avec elle et en fonction de ce que nous jugions être le plus aidant pour elle, la replaçant ainsi au centre du dispositif. Cela lui signifiait également que je ne la laisserai pas m'instrumentaliser en me mettant en position de devoir respecter la confidentialité de son espace et rassurer ses parents, alors que je suis très préoccupée par elle.
Finalement, elle m'avait mise dans une position comparable à la sienne – dans laquelle elle est amenée à faire comme si tout allait bien et où elle se trouve ensuite débordée par la rage et le dépit qui se retournent en agressivité contre elle, même à travers ses vomissements provoqués –, comme pour vérifier si j'allais me trouver tout aussi piégée qu'elle. Avec

La consultation de la maison des adolescents

Cet article s'appuie sur l'expérience de la consultation de la maison des adolescents du Calvados. L'équipe de la consultation est pluridisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale et secrétaire) et les références théoriques y sont multiples.
Émélie Tarjus y intervient en tant que psychologue clinicienne et elle est thérapeute familial de formation systémique. Elle participe à l'activité de la consultation pour adolescents – devenue depuis la consultation de la maison des adolescents – depuis treize ans.

le risque de confirmer que la situation était inextricable et ainsi apparaître inutile à ses yeux. Car l'on pourrait craindre, à raison, que cela lui serait difficile de continuer à investir son espace de prise en charge après m'avoir vu dire à ses parents ce qu'ils avaient envie d'entendre ou, au contraire, après m'avoir entendue transmettre mon inquiétude pour elle à partir de ce qu'elle aurait pu me livrer.
Mon positionnement a sans doute été tout autant significatif concernant la définition de la relation aux parents.
Plutôt que de leur donner l'avis de la « psy » sur leur fille et sur eux-mêmes comme parents, il s'agissait de les remettre en situation de pouvoir participer au travail d'aide apporté à leur fille et de leur transmettre que leur point de vue pouvait être utile à la compréhension des difficultés de Marie... les considérer comme des acteurs de la relation.
Finalement, après plusieurs entretiens lors desquels nous avons pu prendre du temps pour réfléchir avec Marie à ce qui pourrait être abordé avec ses parents, à ce qu'ils pouvaient en attendre, à ce qu'elle-même pourrait en attendre – à savoir s'il était plus utile que cet entretien ait lieu en sa présence ou non –, elle me signifia brutalement son attente : « *Maintenant, il faut le prévoir, ce rendez-vous.* » Et, même si ce rendez-vous et ce qui pouvait en découler sont restés source d'appréhension et d'espoir pour elle, il m'a semblé que ce travail avait permis d'asseoir la relation thérapeutique établie avec elle, en tentant d'anticiper les difficultés relationnelles auxquelles ce travail pourrait la confronter, tout autant que celles auxquelles ses parents seraient sans doute confrontés.

... POUR DÉFINIR LE DISPOSITIF DES ENTRETIENS PARENTAUX

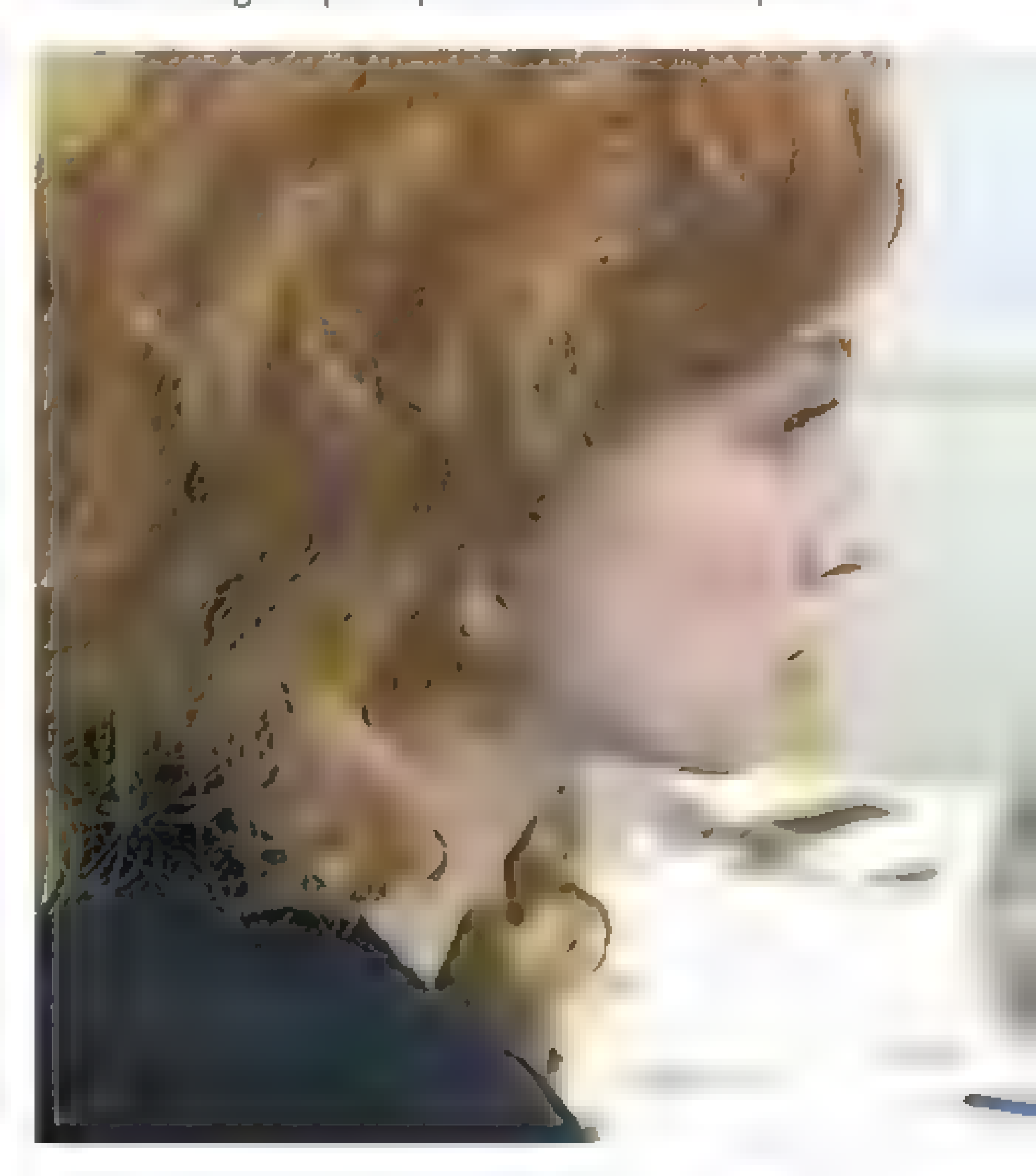
La diversité des situations amène à coconstruire avec les adolescents et leur famille des dispositifs spécifiques. Il me semble indispensable de rester suffisamment créatif pour échapper aux cadres prédéfinis, même si, en fonction de ses modèles propres, chacun a légitimement tendance à s'orienter vers un dispositif éprouvé comme étant contenant et utile, et avec lequel il se sentira à l'aise. De même, →

s'il est important de montrer à l'adolescent qu'il est associé à la définition du cadre de sa prise en charge, nous ne pouvons pas pour autant lui donner l'illusion que nous sommes lui et nous à la même place. Il est essentiel que le thérapeute se montre garant du cadre et que l'adolescent sente qu'il est là pour le guider dans sa réflexion. Ainsi, lors du travail préalable, je signifie toujours que nous allons évoquer ensemble les avantages et inconvénients de chaque dispositif (par exemple leur présence ou non à l'entretien), mais que, au final, je leur proposerai ce qui me paraîtra le plus aidant et le plus protecteur pour eux. De même, concernant les parents, s'il est souvent peu opérant de prendre le rôle de supposé-savoir qu'ils veulent nous donner, notamment parce que cela nous met dans une position de rivalité avec eux qui nuit à leur affiliation au système thérapeutique. Pour autant, il est légitime qu'ils attendent de nous une évaluation des difficultés dans lesquelles se trouve leur enfant. C'est pourquoi la définition de la relation avec le patient et avec ses parents est aussi importante. Car si le travail avec les parents va de soi en pédopsychiatrie, compte tenu de l'âge de nos patients (tant du point de vue de la responsabilité légale que de l'importance des relations familiales dans le développement affectif du sujet), l'association des parents aux consultations peut se faire sous des formes très différentes. Par exemple, faire rituellement un point avec les parents à la fin de la consultation de l'adolescent peut donner l'impression, même si ça n'est pas le cas, qu'on reçoit les parents pour faire un compte-rendu de la prise en charge. Les entretiens conjoints entre l'adolescent et ses parents peuvent permettre d'appréhender la dynamique relationnelle et de médier l'expression des difficultés, mais ils peuvent également, dans certains cas, mettre parents et enfant dans l'incapacité d'exprimer quoi que ce soit de leur vécu, tant les enjeux relationnels sont complexes. Enfin, des entretiens avec les parents, distincts de ceux avec l'adolescent, peuvent s'avérer plus protecteurs pour chacun, mais l'espace ainsi créé peut être investi par les parents comme un espace pour eux-mêmes et mettre le thérapeute en position d'entendre des éléments qui pourraient être difficiles à reprendre avec le jeune et ainsi parasiter l'authenticité de la relation avec lui. Enfin, on peut imaginer des prises en charge bifocales et proposer des interlocuteurs différenciés au jeune et à ses parents, ce qui permettrait alors à chacun de cheminer séparément, le risque étant néanmoins que la différenciation des espaces nous prive éventuellement d'un espace d'élaboration conjoint des éléments relationnels. C'est par la définition du cadre, en fonction de la singularité de chaque situation, que le thérapeute peut tenter de se prémunir et, par conséquent, de prémunir ses patients contre ces différents écueils. Bien sûr, même en tentant d'être garant du cadre, nous ne pouvons tout définir, et il nous est possible d'avoir un échange téléphonique imprévu avec les parents ou de les recevoir à leur demande sans que cela soit nécessairement travaillé préalablement. Mais il me semble utile que le cadre posé avec l'adolescent le permette et que nous soyons attentifs à la façon dont ces échanges vont être transmis à l'adolescent et retravaillés avec lui.

L'adolescent doit sentir que le psychologue est là pour le guider dans sa réflexion.

L'AFFILIATION AVEC LES PARENTS

Emma, quinze ans, est adressée par son collège, très inquiet en raison de sa violence et de son incapacité de se concentrer. Lorsque je vais la chercher dans la salle d'attente pour notre premier rendez-vous, ses parents me la désignent du doigt. Elle est assise à l'autre bout de la salle d'attente et signifie par sa posture et son silence qu'elle



ne souhaite pas être là. Comme elle ne répond pas à ma question de savoir si elle veut être d'abord reçue seule ou avec ses parents, je propose de les recevoir ensemble dans un premier temps, et de la voir seule ensuite. Les parents se mettent d'emblée à décrire leur fille et ses comportements de manière extrêmement péjorative et me prennent à témoin de son incorrection. Emma se met aussitôt à pleurer à grosses larmes, notamment quand ses parents évoquent son inaffectivité tant vis-à-vis d'eux que de ses frères, sans que cela ne suscite en retour une quelconque émotion de leur part. Je suis d'emblée saisie par la violence des interactions et le décalage entre le discours apparemment

détaché des parents et les affects manifestés. Une fois seule, Emma se dévoile facilement pendant l'échange et exprime alors toute la colère qu'elle éprouve pour ses parents sur le mode « *j'en ai rien à foutre d'eux, ils vont voir ce qu'ils vont voir* ». Elle accepte étonnamment facilement (au regard de sa présentation devant ses parents) que nous prenions le temps de réfléchir à ce qui pourrait l'aider à s'apaiser et se montre très touchée que je lui formule combien ses émotions contredisent ses propos : « *Mes parents, je m'en fous. D'abord, ce ne sont plus mes parents.* » Lors des entretiens suivants, Emma est accompagnée par sa mère qui, systématiquement, me raconte dans la salle d'attente (donc en public) les manifestations d'agressivité d'Emma à la maison ou ses exclusions du collège, suscitant ainsi mon agacement, en identification à ce que cela fait vivre à Emma et en me mettant dans l'impossibilité de l'entendre. Je finis par lui proposer de prendre plutôt un temps en fin d'entretien pour évoquer ses inquiétudes. Emma investit



pourtant ces rendez-vous et se montre très touchante dans son désir de contrôler sa colère « *pour que les relations puissent s'arranger* ». Lorsque je reçois sa mère avec elle à la fin d'un entretien, je suis à nouveau témoin d'une interaction extrêmement violente pour Emma, en raison de la froideur de la réaction de sa mère. En effet, Emma s'étant exposée (sans doute dans la continuité de l'entretien que nous avions eu ensemble) à tenter d'expliquer son agressivité à sa mère : « *J'ai eu besoin de vous à huit ans et j'ai pas pu compter sur vous* », sa mère réplique : « *Ah c'est encore à cause de ce dont tu avais parlé à ta tante, moi aussi j'ai vécu des choses difficiles et j'en ai pas fait toute une histoire.* » J'apprenais à cette occasion qu'Emma avait récemment révélé à sa tante des abus sexuels qu'un employé de ses parents lui avait fait subir à ses huit ans, et j'étais alors le témoin de l'incapacité de sa mère de manifester le moindre soutien envers sa fille. J'ai travaillé avec Emma l'idée d'un entretien avec ses parents pour mieux comprendre la violence de leur relation, et nous avons convenu que je les recevrais sans elle et que j'évoquerais à nouveau par la suite avec elle ce qui me paraîtrait important et utile de lui transmettre. Compte tenu de la souffrance qu'elle pouvait manifester par rapport aux relations avec ses parents et des contre-attitudes que cela pouvait susciter en moi, il m'apparaissait préférable de proposer un entretien aux parents seuls, avec pour objectif premier de travailler l'affiliation avec eux. En effet, lors d'un entretien conjoint, il me paraissait probable que la nécessité de soutenir Emma et de reformuler ce dont j'étais témoin au niveau des enjeux relationnels m'empêcherait d'être attentive à la façon dont la relation pouvait se nouer avec les parents. Dans un contexte très différent au sein de l'équipe de thérapeutes familiaux à laquelle j'appartiens, nous utilisons fréquemment, en référence aux travaux de l'école de Milan, des entretiens individuels au cours de la thérapie familiale. Ils ont la fonction de nous permettre de faciliter l'affiliation avec chacun des membres de la famille en leur offrant un espace de réflexion séparé sur les relations dans lequel ils pourront cheminer sans craindre que leurs propos ne soient réutilisés contre eux dans des conflits par les autres membres de la famille ou sans être trop piégés dans des processus de loyauté. Bien sûr, mon activité à la consultation de la maison des adolescents est bien différente d'un travail de thérapie familiale, mais je m'appuie sur cette expérience pour proposer un travail avec les parents de mes patients. Pour les parents d'Emma, j'étais particulièrement sensible à la difficulté que je pouvais avoir à me représenter leur vécu et j'avais eu connaissance, par Emma et par les partenaires qui la prenaient en charge, qu'ils suscitaient tantôt l'empathie en diabolisant leur fille, tantôt le rejet et l'envie de leur indiquer le comportement à avoir en tant que parents. Étant la « psy » de leur fille et ayant été témoin de la violence de leurs interactions avec elle, ils pensaient devoir me convaincre de son agressivité. Pour ma part, j'avais à tenir compte des contre-attitudes négatives, tellement j'avais pu observer la façon dont, malgré eux, ils alimentaient la rancune d'Emma. Je m'efforçais donc, comme cela était convenu avec Emma, de me représenter leur vécu de parents et de voir l'agressivité à la mesure de leur déception. J'interrompis donc le flots de détails péjoratifs donné sur leur fille et son comportement par des formulations visant à leur signifier que je tentais de voir les choses de leur point de vue : « *Je me dis que cela doit être terrible pour vous d'avoir une image tellement négative de votre propre fille* » ou encore « *J'imagine que quand vous* →

avez eu votre fille, vous aviez sûrement imaginé tout ce que vous pourriez faire avec elle une fois adolescente et que vous devez être très déçus de la relation que vous avez aujourd'hui ». Ce travail sur la définition de la relation, avec des formulations me situant en identification à leurs propres ressentis, sans que cela m'impose de prendre parti dans les conflits qui les opposent (reconnaître la déception et les souffrances des parents n'annule pas celles de l'adolescent), leur a permis de me décrire Emma et leur relation de manière très différente « *Vous savez, elle n'est pas toujours comme ça, elle est même souvent très gentille. Elle est très affectueuse et généreuse.* » Ils racontent ainsi qu'Emma recherche très souvent les câlins, qu'elle demande plusieurs fois par jour à ses parents s'ils l'aiment et qu'elle leur montre son attachement. Madame dit avec beaucoup d'émotion combien elle a été touchée par le bouquet de fleurs qu'Emma lui a confectionné elle-même très récemment. Ce changement d'angle de vue sur leur relation nous a permis d'aborder combien les attentes des uns par rapport aux autres étaient importantes et ainsi accéder à une vision de leur agressivité comme le signe de leur déception. Progressivement, les parents ont pu se laisser aller à évoquer le fait qu'ils vivaient comme une attaque les comportements de contestation de leur fille au collège, suscitant chez eux des réactions excessives. Ainsi, Monsieur évoque à quel point il avait vécu comme une trahison le fait qu'Emma ait été exclue de cours, alors qu'elle lui avait promis de faire des efforts : « *Une fois de plus, j'allais avoir des problèmes avec le collège, je ne me suis pas contrôlé, je lui ai mis une rouste.* » J'ai vu le fait qu'il puisse évoquer son trouble à se voir réagir de la sorte comme le signe d'une bonne affiliation des parents avec moi, ainsi qu'avec le dispositif que je leur proposais. En effet, ils ne semblaient pas être dans la crainte que j'utilise ce qu'ils pouvaient dire pour évaluer leur capacités d'être de « bons ou de mauvais parents » et ne cherchaient plus à me convaincre que leur fille avait « de la méchanceté » en elle. Je leur ai dit combien je trouvais important qu'ils puissent énoncer les pièges relationnels dans lesquels ils se trouvaient pris avec leur fille. Alors qu'ils m'avaient dit à quel point ils étaient très sensibles au regard des autres (particulièrement sur leur capacité de réussir dans leur vie professionnelle, mais aussi personnelle), ils n'avaient pas hésité à me dire des choses dont ils n'étaient pas fiers. Comme je le formulais devant eux, Monsieur m'a répondu : « *Oui, ça m'a étonné moi-même. D'ailleurs, en venant, j'ai dit à ma femme : "La psy, si elle me dit comment je dois faire avec ma fille, je me lève et je m'en vais".* » Ce commentaire résume assez bien les enjeux relationnels de ce rendez-vous. Le fait que la relation thérapeutique ait pu être décalée de leur évaluation en tant que parents et d'avoir à se positionner sur une responsabilité de leurs conflits a ensuite permis de démarrer un travail de réflexion avec les parents (en parallèle des entretiens avec Emma). Ainsi, nous avons pu aborder combien ils avaient fondé leur couple sur le besoin de s'accomplir professionnellement et, ainsi, prouver leur valeur à leur famille d'origine (pour des raisons qui, bien sûr, étaient différentes pour l'un et l'autre en fonction de leur histoire), mais aussi combien cela les avait rendus peu disponibles pour leur rôle de parents, surtout que ce rôle, bien que très désiré, était assez angoissant pour eux. Madame a pu dire que n'ayant aucune expérience des relations affectives dans sa famille d'origine, elle était très en difficulté pour être maternante. Nous avons tenté de faire des liens entre leur façon d'être parents pour Emma et la façon dont elle avait été d'emblée une petite fille très autonome et peu demandeuse. Nous avons aussi travaillé sur le fait qu'Emma avait pu vivre comme une trahison le fait que ses parents aient d'autres enfants. Madame exprimant qu'il lui avait été beaucoup plus facile de savoir comment s'y prendre avec ses deux garçons, sans doute parce qu'ils étaient nés bien après Emma dans un contexte où ils avaient pu se restaurer narcissiquement à travers leur réussite professionnelle. Mais aussi parce qu'il y avait un lien particulier avec sa fille qui la renvoyait à sa propre enfance, dont elle n'avait jamais pu évoquer les traumatismes. Les parents ont ainsi pu tenter de se représenter le vécu de leur fille et aborder comment le type de relation qu'ils avaient avec elle avait pu l'exposer à une répétition des traumatismes subis par sa mère. Emma comme ses parents ont pu signifier à quel point ce travail pouvait être aidant, même s'il n'a évidemment pas évité qu'il y ait d'autres crises et malentendus relationnels entre eux. Les parents disant avec un certain humour : « *Quand on vient vous voir, on a l'impression de mieux comprendre notre fille, mais on a besoin de piqûres de rappel pour mettre de l'eau dans notre vin !* » Ce qui illustre assez bien comment le travail avec les parents en l'absence de l'adolescent peut modifier la relation en permettant un changement de regard.

Le travail avec les parents seuls peut modifier leur regard sur l'adolescent

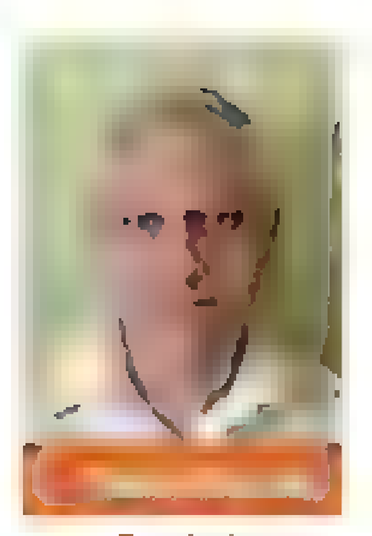
EN CONCLUSION

Précisons néanmoins que, si l'ouverture du cadre thérapeutique de l'adolescent à ses parents est essentiel à la qualité et à la définition de la relation au cours des entretiens, le cadre ne constitue pas pour autant le cœur du travail thérapeutique.

Ainsi, la définition du cadre est un préalable, il crée un contexte favorable ou non au déroulement du processus de la thérapie ▶

L'héroïnomanie plutôt qu'une autre addiction

Faute d'élaboration psychique, certaines personnes s'adonnent à l'héroïne. Qu'un traumatisme en constitue ou pas l'origine, la recherche d'émotions illusoires en fonde l'infernale nécessité.



Psychologue
Chercheur associé au laboratoire de psychopathologie clinique de l'université de Provence

Comme l'ensemble des manifestations de la souffrance mentale, les addictions sont mises en place sur la base d'une faillite des capacités d'élaboration psychique, c'est-à-dire de la possibilité de faire nôtres les expériences (intérieures et-ou relationnelles) que nous vivons. La spécificité des addictions (toxicomanies, boulimie, alcoolisme, ludopathie, lien sectaire, etc.) est que le sujet a recours à un artifice extérieur à son psychisme : l'objet de son assuétude. Lorsqu'il s'agit d'une addiction avec drogue ou de troubles de l'alimentation, l'objet est mis à l'intérieur du corps. Dans tous les cas, l'addiction ne permet pas l'élaboration psychique. Elle en constitue un équivalent magique et raté ou, en d'autres termes, une compensation vouée à l'échec et, donc, à la répétition.

PROBLÉMATIQUE

Quelle est l'origine possible des diverses formes de « magie » psychique ? Au sein de ces dernières, pourrait-on situer la spécificité de chaque addiction ? Certaines de ces magies se déroulent à l'intérieur du psychisme et ne donnent pas forcément lieu à une addiction en tant que comportement. C'est le cas de l'intellectualisme, qui permet au névrosé obsessionnel de tenir à l'écart de sa conscience ce qu'il ressent, en particulier ses émotions haineuses. D'autres « magies » mettent en jeu une relation prothétique à un objet. C'est le cas de la plupart des addictions.
Les échecs de l'élaboration psychique renvoient à deux types d'expérience traumatisante, qui sont souvent associés, mais en proportion et en articulation variées, dans la formation des symptômes et dans leur au-delà que constituent les états de crise psychique. Il y a d'une part les expériences fantasmatiques, qui opposent d'intolérables désirs inconscients à d'implacables interdits dictés par le Surmoi. Il y a d'autre part l'impact psychique des expériences traumatisantes (violences privées ou semi-publiques telles que les viols, les incestes et les crimes, et catastrophes collectives, telles que les guerres perdues, la misère économique et les cataclysmes naturels), qui clive, « fracture » et appauvrit le Moi et, par là même, les capacités désirantes du sujet (ce qui donne lieu, lorsque les faits sont connus et verbalisés, à « une névrose traumatique »).
Je fais l'hypothèse que les pseudo-élaborations effectuées sur la scène intrapsychique renverraient plutôt à des traumatismes psychiques issus de fantasmes intolérables pour la conscience et que les pseudo-élaborations qui font appel à un objet extérieur au psychisme renverraient plutôt à des traumatismes psychiques causés par des expériences « sociales » (c'est-à-dire quand l'individu a partagé une expérience éprouvante avec une ou plusieurs personnes). En effet, dans le second cas, si le sujet tente de trouver un remède à l'extérieur de son psychisme, c'est parce qu'il aurait été frappé de plein fouet par un ou plusieurs événements de vie qui ont fait effraction dans son architecture mentale du moment.
Je pense que les conduites addictives constitueraient la forme la plus « pure » de ce type d'autothérapie ratée, qui n'obéirait pas à une logique de compromis dynamique entre refoulement et refoulé comme dans les « névroses de transfert », mais à une logique de compensation par rapport à l'élaboration insuffisante des composantes verbales, imagées et sensori-affectivo-motrices d'une expérience catastrophique.

LES EXPÉRIENCES CATASTROPHIQUES PERSONNELLES

Mon expérience de psychologue dans un centre de soins ambulatoires et de prévention en addictologie (CSAPA) montre que, dans de nombreux cas, le recours à l'héroïnomanie et à d'autres toxicomanies psychosédatives (c'est-à-dire →

→ à d'autres opiacés, aux benzodiazépines, au cannabis et, de plus en plus souvent, aux traitements de substitution aux opiacés mésusés ou hors prescription médicale) est pour l'essentiel la conséquence de telles expériences douloureuses. Ces dernières sont assez souvent verrouillées par le secret, du fait de la honte et de la terreur ressenties par le sujet et de l'identité de la ou des personnes avec lesquelles il les a partagées : un objet d'amour dont il s'agit

Halluciner un plaisir interdit éprouvé lors d'une expérience catastrophique.

de couvrir le forfait, afin de le protéger de la honte, par exemple une fillette qui ne dénonce pas le passage à l'acte incestueux de son père en raison de son attachement affectif fondamental pour lui, à plus forte raison si cet abuseur a ensuite honte de l'avoir violée. De tels dilemmes sont accentués lorsque l'objet d'amour indélicat trouve la mort au cours ou après l'expérience indicible, ce qui condamne alors le sujet à porter seul le fardeau du secret dont il est prisonnier et le laisse aux prises avec un deuil impossible : comment pleurer un être cher qui s'est rendu coupable d'actes criminels alors que l'on est seul(e) à connaître ces actes, qui sont parfois en décalage radical avec l'image que l'entourage se faisait du disparu ?
Ces expériences sont de nature variée. Mais beaucoup d'entre elles ont en commun le fait d'avoir causé à l'héroïnomane ou à un de ses objets d'amour des atteintes corporelles perforantes par des objets (des armes par exemple) ou des coups, voire des violences sexuelles. Ainsi, face à ce type de trauma, l'addiction à une substance opiacée représenterait à la fois :

- Un essai inefficace pour « halluciner » un plaisir interdit éprouvé lors d'une expérience catastrophique (par exemple, l'éveil du désir sexuel chez une préadolescente câlinée par son père avant que celui-ci ne la viole), surtout lorsque celle-ci n'a pas pu être mise en mots. La sensation de bien-être intense puis de détente procurée par l'héroïne (surtout lorsqu'elle est injectée) donne l'illusion que les affects et les sensations proscrits ont droit de cité dans le Moi du sujet, tandis que l'effet sédatif (véritable dalle de béton mnésique) du produit empêche alors de se souvenir de l'expérience traumatique
- Dans le cas des héroïnomanies par injection intraveineuse, un essai pour élaborer le trauma au moyen d'une identification à l'agresseur « perforant ».

Au cours d'une psychothérapie analytique, ces événements ne peuvent être verbalisés qu'après une période plus ou moins étendue au cours de laquelle la capacité du psychologue d'entendre sans préjugés est étudiée de façon attentive et silencieuse sur le mode : « *Pourra-t-il écouter le récit de mon drame caché sans me juger et, surtout, sans juger l'objet d'amour qui m'a infligé une jouissance et-ou une souffrance indicibles ?* » Le psychologue peut donner des gages préventifs en ce sens (rappeler qu'il peut tout entendre et qu'il n'est pas juge) et doit s'attacher à repérer, lorsqu'il existe, le caractère régulier de dates ou de périodes de l'année où le patient se sent au plus mal ; de tels moments commémorent en effet celui de l'expérience indicible et-ou de la mort du protagoniste et, sur le plan clinique, ils donnent souvent lieu à une intensification de la consommation de produit psychoactif

L'INFLUENCE TRANSGÉNÉRATIONNELLE DE DRAMES FAMILIAUX

Ces observations concernent les addictions à l'héroïne mises en place à la suite de catastrophes personnellement vécues. Ma pratique suggère que les héroïnomanies sont encore plus souvent construites en réaction à une autre sorte de traumatisme psychique : l'influence transgénérationnelle de catastrophes familiales, c'est-à-dire la trace traumatisante laissée dans le psychisme d'un sujet par l'impact d'expériences traumatisantes vécues par un ou plusieurs membres de la génération de ses parents et-ou de la génération de ses grands-parents.
Quels sont les effets symptomatiques, pour ne pas dire critiques, de ces « traumas généalogiques » ? La vie consciente de nombreux héroïnomanes est « parasitée » par un sentiment de vide ou d'étrangeté vis-à-vis de soi, par l'impossibilité de développer un désir à soi et pour soi, par la crainte d'une catastrophe imminente (qui interdit tout lâcher-prise somatopsychique), par des représentations bizarres de soi (où la certitude d'être humain est ébranlée) et d'autrui et, le plus souvent, par des impulsions incompréhensibles pour eux-mêmes comme pour leurs proches. Ce vécu intrapsychique et comportemental culmine volontiers dans des passages à l'acte violents auxquels le sujet ne parvient à donner aucun sens (pas plus qu'à son addiction prise en bloc, d'ailleurs) et qu'il a tendance à dissimuler avec gêne et terreur. À la faveur du cheminement psychothérapique réalisé par de nombreux patients, il s'est

Bibliographie

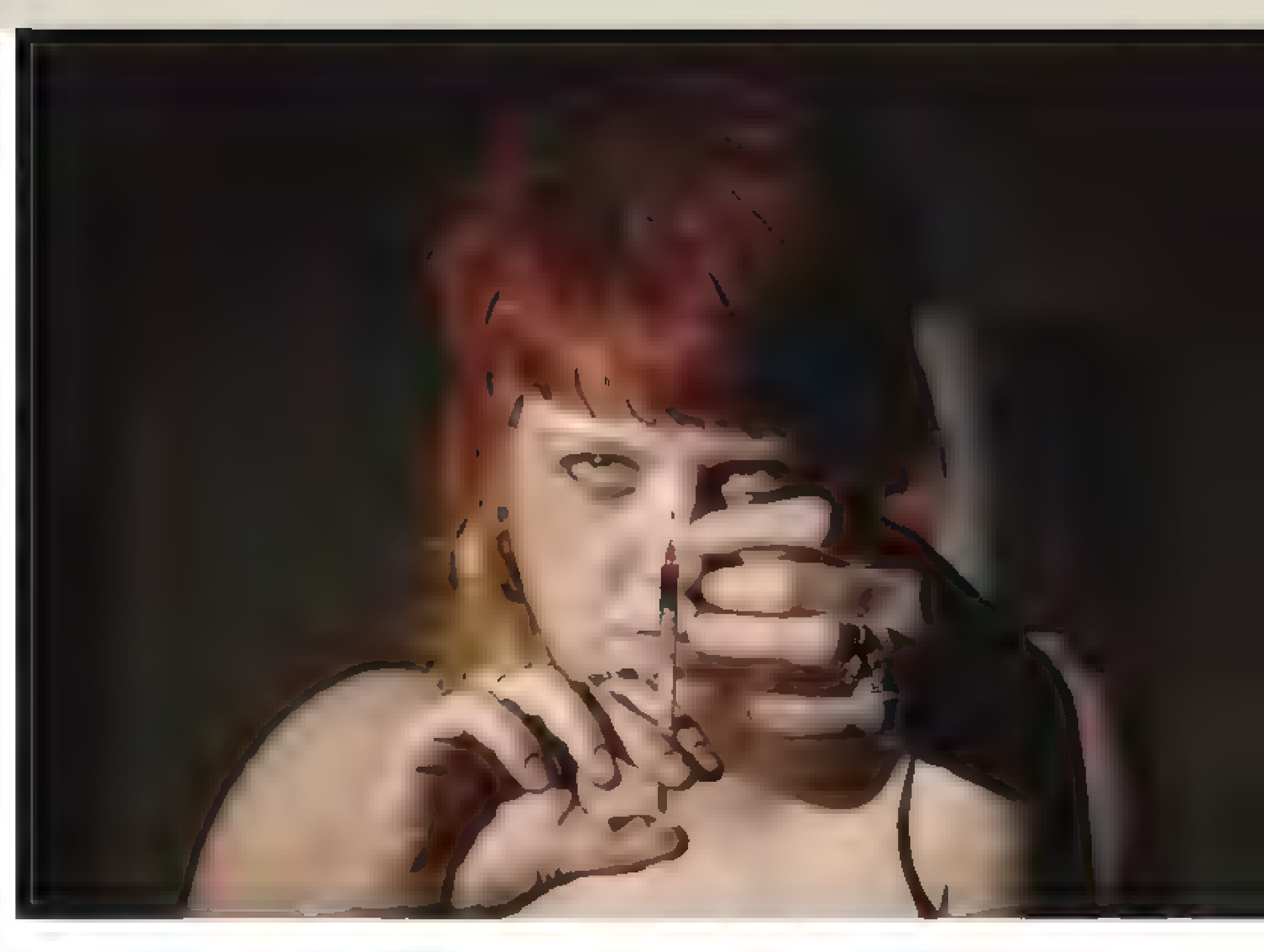
Hachet A., Hachet P., 2013, *Les Toxicomanes sur le divan. Nouvelles pratiques, nouveaux défis*, Paris, In Press.

Hachet P., 1996, *Les Toxicomanes et leurs secrets*, Paris, L'Harmattan, 2007.

Hachet P., 2002, *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Michaux H., 1966, *Les Grandes épreuves de l'esprit*, Paris, Gallimard, 1978.

avéré que de tels symptômes et crises correspondaient chez ces jeunes adultes aux vestiges anachroniques et vivaces d'attitudes émotionnelles, sensorielles et motrices précises : celles qu'enfants, ils s'étaient sentis obligés de mettre en place dans le but de comprendre et de résoudre une souffrance inexprimée qu'ils percevaient avec acuité et détresse chez leurs parents et-ou leurs grands-parents.



Bien entendu, les familles porteuses d'expériences douloureuses qui constituent des situations psychosociales de « secret de famille » ne comportent pas dans tous les cas des enfants ou des petits-enfants qui deviennent toxicomanes à une substance psychosédative ! Des hypothèses étiopathogéniques différentielles doivent être proposées. Il semble que les héroïnomanes qui souffrent de l'influence transgénérationnelle de catastrophes familiales aient eu de façon élective, au cours de leurs premières années, une intuition non cognitive du ou des drames de leurs ascendants. Avant même leur propre accès au langage, de tels enfants « enregistrèrent » le fait que certains membres de leur famille avaient, devant eux, des silences gênés tout en étant la proie d'émotions et des gestes vifs ou étranges, dans tous les cas paradoxaux. Chez un enfant soumis aux effets psychiques d'une situation de secret familial, la modalité symptomatique ou critique est liée à la façon dont il a reçu les effets de ce drame et, donc, tenté de manière active de s'en démarquer – par un clivage radical de l'ensemble de sa personnalité (et non du seul Moi comme dans les cas de traumatismes personnels) – pour sauvegarder sa vie psychique.

Ainsi, un enfant qui a eu accès à des informations au sujet d'une catastrophe familiale qui a tenu farouchement au secret les personnes qui l'ont vécue a tendance à fabriquer un ou plusieurs symptômes mentaux pour tenter de cerner et de résoudre le drame dont les traces traumatiques accablent toujours ses ascendants : phobies, obsessions, voire délire partiel. Par contre, un enfant qui est soumis à un *black out* complet au sujet de l'existence de cette catastrophe cherche à appréhender cette dernière de façon non verbale – puisqu'il n'a reçu aucune bribe de confidence et surpris aucune conversation sur ce point –, mais affective, sensorielle et à travers des comportements critiques : explosions de colère et évitement des adultes chez l'enfant, fugues, tentatives de suicide, automutilations et autres prises de risques exacerbées chez l'adolescent.

Ce dernier point éclaire le fait que de nombreux héroïnomanes rapportent avec stupéfaction, voire avec affolement, qu'il leur arrive d'accomplir malgré eux – littéralement à leur corps défendant – des actes insolites, souvent délictueux et parfois criminels, et qu'ils se comparent alors au Dr Jekyll et à Mr Hyde pour illustrer ce que ces conduites énigmatiques et irrépressibles ont d'étranger et de décalé par rapport à leurs attitudes et aspirations courantes. Il est fondamental de comprendre que ces actes ne sont nullement le fruit d'une quelconque désinhibition qui serait causée par les effets du produit – comme c'est le cas chez les sujets alcoolodépendants qui ont « le vin mauvais » –, mais, qu'à l'inverse, la consommation d'héroïne a pour but précis de se protéger contre l'accomplissement de tels actes, d'empêcher donc la manifestation du Mr Hyde. En d'autres termes, de tels toxicomanes ne font pas penser à un Dr Jekyll qui s'intoxiquerait pour devenir un Mr Hyde, mais à un Mr Hyde qui s'intoxiquerait pour tenter de demeurer un Dr Jekyll débarrassé de son double psychopathique ! Pour s'en persuader, il suffit d'écouter le rôle que les héroïnomanes prêtent au produit : « *Ça me permet d'être normal, de résister au besoin de faire des trucs dingues.* » En somme, ces sujets opèrent une véritable « castration chimique » de leurs comportements les plus chaotiques...

Sur le plan psychothérapique, la déconstruction de tels symptômes et états de crise passe par la réactualisation transférentielle des affects effroyables dont le sujet fut contraint de se retrancher enfant – faute d'avoir la →

→ capacité psychique de les accueillir et de commencer à les élaborer – lorsqu'il était soumis aux émotions et aux gestes contradictoires des personnes (porteuses de traumatismes psychiques irrésolus) qui, pour le meilleur comme pour le pire, prirent soin de lui. Cette réactualisation, on l'aura compris, constitue une redoutable « *épreuve de l'esprit* » (Michaux, 1966). Elle nécessite que le sujet soit en mesure d'en supporter l'impact désorganisant et déréalisant. Pour cette raison, l'hypothèse d'un secret de famille ne doit pas être formulée de façon hâtive par le psychologue, qui doit plutôt s'attacher à restaurer une certaine estime de soi chez un patient volontiers paniqué par ses propres bizarreries mentales et, surtout, comportementales ; et non, comme pour les névrosés « classiques », le mettre d'emblée dans une position de frustration iatrogène pour le faire « régresser ». Une attitude d'implication bienveillante est indispensable. Cette intervention doit toujours survenir dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire : psychologique, socio-éducative et médicale.

Une implication bienveillante est indispensable

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Parmi l'éventail des addictions, l'option héroïnomaniaque serait plutôt « choisie » par :

- des individus dont le Moi a été appauvri par un clivage plus ou moins hermétique et dont, le plus souvent, le corps et-ou celui d'un objet d'amour a subi une atteinte perforante, sexuelle ou non ;
- des individus voués à tenter d'élaborer, malgré eux, les traces psychiques persistantes et traumatisantes de l'influence d'un trauma familial tenu secret et auquel ils n'eurent accès, enfants, que sur un mode non verbal ;
- des individus accablés par ces deux types de traumatisme, dont la coexistence amoindrit à l'extrême les capacités d'élaboration psychique. Cette conjoncture traumatologique est très fréquente chez les héroïnomanes.

Quelquefois, le trauma personnel et l'influence du trauma familial sont articulés. C'est ce qui se passe lorsque l'impulsivité développée en tentative d'abréaction de l'impact structurel des traces d'un secret familial entraîne des actes médico-légaux (blessures, voire crimes) dont le sujet a d'autant plus honte qu'il n'a pas pu s'empêcher de les commettre et qu'il ne parvient pas à leur donner un sens précis.

Dans tous les cas, l'héroïnomanie et les autres toxicomanies psychosédatives ont une visée autothérapeutique. Le sujet addict cherche ici à se débarrasser :

- À la manière du comblement, du déficit affectif (ou manque d'élan vital) et des réminiscences accablantes liés à une catastrophe personnelle. Les effets sédatifs et euphorisants (lorsqu'il s'agit d'une addiction au cannabis) sont recherchés.
- À la manière de l'autoablation ou de l'effacement, de symptômes agis, impulsifs et bizarres, que le sujet vit comme étrangers à sa vie psychique et qui sont le fruit de la persistance du travail inconscient et biscornu qu'il développa enfant sous l'influence psychique d'un secret familial. Les effets sédatifs et, parfois, l'état de manque (plutôt subir la douleur du corps que les souffrances de l'esprit) sont alors recherchés.

Grâce et au-delà de ces jalons théorico-cliniques au sujet de la compréhension étiopathogénique de l'addiction à l'héroïne et, donc, des tenants et des aboutissants de la souffrance psychique que les toxicomanes aux opiacés tentent de soulager de façon boiteuse, j'appelle de tous mes vœux la réalisation de recherches cliniques destinées à apprécier ce que chaque type d'addiction, avec ou sans drogue, doit aux expériences traumatisantes personnelles d'une part, aux effets psychopathogènes sur soi des expériences traumatisantes familiales d'autre part, sans négliger d'autres pistes étiopathogéniques. À cet effet, il conviendrait en particulier d'interroger les caractéristiques des traumatismes personnels ainsi que la modalité symptomatique ou-et critique par laquelle le sujet addict tente d'élaborer l'influence psychique aliénante des traumas d'un ou de plusieurs ascendants, sans oublier la coexistence possible de traumas personnels et de traumas « généalogiques » dans le psychisme d'un même individu. ▶

Individus, institutions, socialisation

Le dernier ouvrage de Bernard Lahire, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, remet en question certaines assertions contemporaines de la sociologie et relance la réflexion sur la place du social en chaque individu comme nous le soulignions lors de sa recension dans notre numéro de mai dernier. Pour en poursuivre l'analyse, ce débat avec Claude Tapia s'articule autour d'une question : « Une sociologie de la fabrication sociale des individus et de leurs logiques d'action est-elle possible ? » et examine l'hypothèse d'un rapprochement possible entre sociologie, **sciences cognitives ou neurosciences.**



Sociologue
Professeur de sociologie à l'École normale supérieure de Lyon



Professeur émérite à l'université de Tours, membre du CR du *Journal des psychologues*

Claude Tapia : *Un peu plus de deux ans après notre débat autour de votre ouvrage sur Kafka (Lahire, 2010), je vous invite, ici, à une nouvelle discussion, cette fois à propos de votre dernière publication (Lahire, 2013) portant, pour reprendre votre formule, sur* « la fabrication sociale des individus », *autrement dit sur les formes, plus ou moins congruentes, selon vous, de socialisation dans le cadre des institutions sociales. Bien que les objectifs diffèrent d'un ouvrage à l'autre, il est clair que vous visez à affiner une trame conceptuelle, un appareil notionnel de nature à vous permettre d'aller plus loin dans votre projet, de montrer, je vous cite :* « La nécessité qu'ont éprouvée les grands sociologues du passé de penser ensemble, d'une part les structures mentales et comportementales individuelles, d'autre part les structures des relations sociales » *(Lahire, 2011). Est-ce bien là le « programme » de ce dernier ouvrage ? Pouvez-vous brièvement en préciser les idées dominantes ?*

Bernard Lahire : Je voudrais commencer par dire que la discussion théorique n'est jamais, à mes yeux, une sorte de démonstration de force, mais le moyen de clarifier et d'expliciter ce que l'on veut faire et d'imaginer les moyens les plus appropriés pour y parvenir. Si je précise cela, c'est parce que nous ne vivons pas une époque théorique très inventive dans les sciences humaines et sociales, et beaucoup de chercheurs se contentent aujourd'hui d'être des « professionnels », c'est-à-dire de mettre en œuvre rigoureusement des méthodes et des grilles théoriques inventées par d'autres. D'ailleurs, les nouveaux modes d'évaluation de la recherche poussent les chercheurs dans cette direction et l'on voit se profiler des « chercheurs professionnels » sans imagination scientifique véritable. Récemment, mon collègue mathématicien médaillé Fields, Cédric Villani, expliquait que la mathématique demande de la rigueur, mais aussi de l'imagination. Je crois que l'on n'écoute jamais vraiment sérieusement ce genre de rappel du rôle central de l'imagination théorique. On prend ça pour une coquetterie de chercheurs reconnus alors que rien ne se ferait sans imagination ni audace.

Le problème que j'essaie de formuler et de résoudre est assez simple : une sociologie de la fabrication sociale des individus et de leurs logiques d'action est-elle possible ? Peut-on, en sociologie, et plus généralement en sciences sociales, saisir à la fois la manière dont les individus se constituent à travers leurs diverses expériences sociales – il faudrait dire « relationnelles » –, au sein de leur famille, de l'école, des groupes de pairs, des diverses institutions culturelles, religieuses, politiques, sportives, etc., et la manière dont les produits incorporés de leurs expériences – manières de voir, de sentir, d'agir – se déplient ou se déploient dans l'ensemble des cadres au sein desquels ils sont conduits à agir, comme la famille, l'école, le milieu professionnel, etc., ou des contextes précis d'action et d'interaction ?

La division sociale du travail scientifique a fait que, pendant longtemps, les réalités les plus fines de la socialisation familiale ont été délaissées par les chercheurs en sciences sociales, qui pensaient que →



→ c'était une affaire de psychanalystes ou de psychologues du développement. Et cette même division du travail a conduit inversement les spécialistes du psychisme à négliger les apports de la sociologie qui rappelle l'importance des propriétés sociales des individus, des phénomènes d'héritages explicites ou implicites, d'identification et de contre-identification socialement contraintes, qui se jouent en permanence dans les rapports entre parents et enfants, entre frères et sœurs, entre grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines et enfants, etc. Le père et la mère ne sont pas de pures fonctions abstraites qui permettent la structuration psychique de l'enfant, mais sont porteurs de propriétés sociales (ressources économiques et culturelles, types de métier, types d'activités extraprofessionnelles, etc.) qui, d'emblée, délimitent le champ des expériences offertes aux enfants. Et le processus d'intériorisation continue hors de la famille, à travers l'ensemble des interactions que l'enfant, l'adolescent et l'adulte est mené à vivre.

C. T. : *Dans la première partie de l'ouvrage, vous vous livrez à une vigoureuse critique des thèses récentes en sociologie, qui sous-estiment le poids des structures sociales et institutionnelles et les conditionnements sociaux. À l'inverse, vous soutenez la promotion et la diffusion des hypothèses sur les tendances à l'individualisme hédonistique, au narcissisme, à la quête puissante d'autonomie et de libre disposition de soi qui traverseraient notre société démocratico-libérale. Il faudrait donc jeter aux orties, parce qu'inadaptées ou périmées, les sociologies des années 1960-1990. Vous considérez que ces travaux détournent des vraies questions et préoccupations de la sociologie, à savoir l'analyse des formes de sociabilité et de socialisation des individus, des rapports de l'individuel, du collectif et du social dans les sociétés complexes, l'appréhension de la réalité sociale et culturelle à tous les échelons de la société. Vous reprenez là le programme des grandes figures de la sociologie française de la deuxième partie du XXe siècle. Vous effleurez, sans trop insister, le thème central et récurrent en sociologie de la dialectique des* « déterminismes sociaux et de la liberté humaine » *(Gurvitch, 1963), ainsi que les supputations relatives aux espaces laissés ouverts à la contingence, à la discontinuité, à la liberté individuelle et collective, celle-ci appelée à déjouer les contraintes de l'engrenage des divers déterminismes. Sauf, qu'évoquant le multisocialisation et la multidétermination des acteurs individuels et collectifs, vous conjecturez un éventuel* « sentiment de liberté », *mais non une effective liberté.*

B. L. : Concernant le déterminisme et la liberté, il y a tellement de bêtises qui circulent aujourd'hui dans les sciences humaines et sociales qu'on aurait envie de crier très fort qu'on est déterministe ! De manière générale, être déterministe, c'est simplement faire son travail de chercheur en sciences sociales : on étudie des pratiques ou des comportements que les acteurs pensent souvent aléatoires ; on met en évidence des régularités et on explique pourquoi il en va ainsi et pas autrement, et pourquoi certains agissent, sentent et pensent d'une certaine façon tandis que d'autres le font d'une tout autre façon. Il m'arrive de dire à des personnes qui sont convaincues que mes analyses permettent de sortir de la vision déterministe de Bourdieu que je suis plus déterministe que lui, dans le sens où je pense les multidéterminations croisées au sein de chaque individu, et parce que je vais traquer les déterminations sociales, y compris du côté des cas les plus atypiques statistiquement.
Ce qui m'a conduit à publier cet ouvrage, c'est l'agacement que provoquent en moi les « nouveaux discours » sociologiques sur l'individu autonome, responsable, original, authentique, libre et désormais mené, nous dit-on, à « devenir lui-même ». On pourrait rester des



heures à commenter une expression aussi absurde que « devenir soi-même ». Tout se passe comme si chaque individu était porteur d'une réalité intime, singulière, originale et qu'il devait trouver les moyens de développer sa propre « voie » *malgré* les obligations, les normes, les institutions sociales. Mais d'où lui vient cette singularité sinon des expériences qu'il fait du monde social ? Sans ces expériences, personne n'apprendrait à marcher, à parler, à manger, à juger, à sentir, etc. Le monde social ne s'oppose donc pas aux individus, mais est en eux. Il s'insinue en eux depuis les premières interactions qui s'instaurent à leur naissance jusqu'à leur mort. Le plus intime, le plus particulier, le plus singulier n'est intériorisé que de l'expérience sociale. Et ce qui fait la singularité relative de chaque individu, c'est la richesse et la complexité des expériences sociales vécues. Il n'est pas rare que ces mêmes individus replient en eux-mêmes des contradictions sociales, parce qu'ils ont intériorisé des points de vue antagonistes, des habitudes mentales et comportementales hétérogènes, des manières de voir, de sentir et d'agir contradictoires. Je ne vois que des déterminations dans tout ça : des contraintes sociales extérieures qui délimitent objectivement les possibilités d'action, et des contraintes sociales intériorisées par lesquelles les individus s'autolimitent et s'autocensurent, en évitant certaines situations, en « choisissant » des voies qui impliquent objectivement des abandons de voies alternatives qu'ils ne pensent pas à leur portée. Ceux qui ne voient que liberté d'action négligent deux fois l'histoire. Ils oublient l'histoire des contextes d'action, qui viennent parfois de très loin (par exemple, quand un enfant met les pieds à l'école aujourd'hui, c'est à une histoire pluriséculaire qu'il doit cette situation). Ils oublient l'histoire incorporée dans chaque individu.

L'un des lieux communs des discours contemporains réside dans l'idée que le monde social serait aujourd'hui moins contraignant qu'autrefois et que les parcours de vie seraient moins déterminés socialement qu'auparavant. Cela me paraît d'une grande confusion.

On pourrait rester des heures à commenter une
[illegible]

On confond un problème politique – qui fait qu'on a plus de liberté d'expression politique dans une société démocratique qu'en régime monarchique ou autoritaire – avec un problème scientifique – qui fait que l'on n'est pas moins déterminé socialement en régime démocratique qu'en régime dictatorial. Certains nous parlent même d'une société qui serait caractérisée par l'affaiblissement des institutions et des cadres collectifs, alors que la famille, l'école, l'entreprise, le marché, l'État, les médias, etc., sont des institutions qui continuent à jouer puissamment leur rôle et à peser sur nos destinées individuelles. En pensant de la sorte, ils détournent notre attention de ces institutions, qui participent toutes à la fabrication des individus, et empêchent de penser leur réforme ou leur révolution.

C. T. : *Bien que ce ne soit pas l'objet ou le but de votre ouvrage de vous situer par rapport aux nombreux courants qui ont traversé l'espace de la sociologie française et qui furent dominants à une époque ou une autre de ces cinquante dernières années, il me semble qu'il aurait été intéressant de connaître vos positions par rapport à ces diverses tendances ou courants. Par exemple, on ne sait pas ce que vous pensez de l'« individualisme méthodologique » de Raymond Boudon, ou de la notion de bricolage idéologique avancé par François Bourricaud, ou de l'analyse actorielle ou stratégique promue par Michel Crozier, ou de la sociologie dynamiste et de la théorie de changement de Georges Balandier. Il est vrai que vous citez Erving Goffman et Norbert Elias dont vous vous déclarez proche – qui revendiquent des connexions avec la psychologie sociale, je reviendrai sur ce point – et aussi de Max Weber et de Émile Durkheim dont vous vous démarquez cependant pour définir, à petites touches, votre propre conception de la* « vocation actuelle de la sociologie » *(Gurvitch, 1957). Sans oublier de rappeler votre dette à l'égard de Pierre Bourdieu, tout en soulignant le nécessaire réaménagement du contenu de son concept d'habitus. Pouvez-vous vous repositionner synthétiquement par rapport à cet éventail d'orientations sociologiques en dégageant, si possible, les points principaux de* →

désaccord et ceux avec lesquels vous vous sentez en convergence ?

B. L. : La réponse à cette question est tout sauf simple. En effet, expliciter le rapport qu'on entretient à des courants, des auteurs ou des œuvres, est une tâche extrêmement fastidieuse. J'aurais envie, spontanément, de répondre que, pour le savoir, il « suffit » de lire mes livres de recherche... Les positionnements ne sont pas toujours explicites, mais ils se déduisent assez facilement de la manière dont je construis les objets et de mon travail d'interprétation des données empiriques. Je peux cependant faire l'effort de dire quelques mots pour situer mon travail par rapport aux travaux de quelques autres auteurs ou courants théoriques. Tout d'abord, j'ai abondamment explicité le rapport que j'entretiens à l'œuvre de Pierre Bourdieu. Je suis dans une logique de filiation critique ou d'hétérodoxie relative, pour reprendre les termes qu'aimait à employer Pierre Bourdieu lui-même. Ce positionnement fait que la plupart des adversaires de Pierre Bourdieu sont aussi mes adversaires, même si je reçois régulièrement des coups de la part des bourdieusiens orthodoxes, qui sont parfois – pas tous, pas toujours et à des degrés divers – dogmatiques.

Par exemple, il va de soi qu'en tant que sociologue « dispositionnaliste », je suis particulièrement critique de l'« individualisme méthodologique » prôné par Raymond Boudon, François Bourricaud et quelques autres, qui est une manière de faire entrer toutes les erreurs de la théorie de l'*homo œconomicus* la plus classique dans la théorie sociologique de l'action. Les théories de l'action rationnelle – qu'elles introduisent une dose de « rationalité limitée » ou pas – sont anhistoriques et irréalistes d'un point de vue sociologique. Elles prêtent aux acteurs individuels des capacités de calcul, de raisonnement rationnel, de stratégie consciente qu'ils n'ont pas toujours et qu'ils n'ont même qu'assez rarement. Même un auteur sociologue et économiste comme Vilfredo Pareto, qui envisageait la possibilité d'actions rationnelles, précisait que celles-ci n'étaient pas les plus fréquentes dans le monde social. Les théoriciens de l'action rationnelle méconnaissent tous les déterminants non conscients de l'action : les dispositions ou habitudes incorporées que les acteurs ne sont pas toujours conscients de porter. Pour les mêmes raisons, la théorie de l'acteur et du système de Michel Crozier me paraît problématique dans le sens où elle met l'accent sur les stratégies conscientes. Même dans les organisations de travail, objet d'étude privilégié de Michel Crozier, les acteurs ne sont jamais réductibles à des stratèges.

De même, je me sens très loin des sociologues qui oublient toute la dimension du passé incorporé dans l'action présente : c'est le cas des interactionnistes nord-américains, tels Erving Goffman ou, aujourd'hui, Randall Collins, mais aussi des sociologues français qui se réfèrent au « pragmatisme », tels Luc Boltanski et Laurent Thévenot. J'ai aussi un désaccord théorique et méthodologique de fond avec nombre de sociologues dits « compréhensifs », qui, aujourd'hui, en appellent à n'étudier que les discours des acteurs et leurs imaginaires, sans les contextualiser ou les mettre en rapport avec la situation objective ou les pratiques réelles des acteurs. On assiste, depuis plus de vingt ans, à une montée du « subjectivisme » et à une critique de l'« objectivisme » d'auteurs aussi différents que Karl Marx, Émile Durkheim, Claude Lévi-Strauss ou Pierre Bourdieu, qui sont renvoyés à un passé jugé dépassé.

Enfin, il me semble que beaucoup trop de sociologues contemporains méconnaissent la place centrale des faits de domination dans l'analyse du monde social. C'est une dimension qui a été centrale chez Karl Marx comme chez Max Weber et, dans un pays comme la France, chez des auteurs comme Pierre Bourdieu ou Michel Foucault. J'ai un peu de peine à considérer que les visions consensualistes ou iréniques du monde social nous soient très utiles. Je vois très bien, en revanche, en quoi elles servent objectivement l'intérêt des dominants, que la domination soit de classe, de genre, coloniale ou postcoloniale, institutionnelle, etc. Aucun dominant n'a intérêt à ce que l'on éclaire les rapports de domination et les mécanismes par lesquels se jouent ces rapports.

C. T. : *Vous avez raison de reprendre la discussion, abordée dans votre livre sur Franz Kafka, du problème des rapports, frontières, porosité entre la sociologie et la psychologie sociale, qui a donné lieu à de nombreux débats dans les décennies 1960-1970 ; notamment lorsque vous*

Bibliographie

Boyer P., 1997, *La Religion comme phénomène naturel*, Bayard jeunesse.

Gurvitch G., 1963, *Déterminismes sociaux et libertés humaines*, Paris, PUF.

Gurvitch G., 1957, *La Vocation actuelle de la sociologie*, Paris, PUF.

Lahire B., 2005, « Prédispositions naturelles ou dispositions sociales ? Quelques raisons de résister à la naturalisation de l'esprit », *L'Esprit sociologique*, Paris, La Découverte, 2005.

Lahire B., 2010, *Franz Kafka. Éléments pour une théorie de la création littéraire*, Paris, La Découverte.

Lahire B., 2011, « Psychosociologie de la création littéraire : Franz Kafka », *Le Journal des psychologues*, 284 : 69-74.

Lahire B., 2013, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte.

Passeron J.-C., 1994, « De la pluralité théorique en sociologie », *Revue européenne des sciences sociales*, XXXII, 99 : 71-116.

Sperber D., 1996, *La Contagion des idées*, Paris, Odile Jacob.

évoquez les travaux d'Erving Goffman et de Norbert Elias et leur optique interactionniste, constructiviste et dynamique. Pouvez-vous préciser votre point de vue relatif aux rapports entre les deux disciplines : rapports d'intégration, de réciprocité conflictuelle, de recouvrement partiel ? Par ailleurs, vous écrivez, à propos de l'individu et du social, qu'il n'y a pas d'extériorité de l'un par rapport à l'autre, qu'il faudrait sortir d'une conception atomisée de l'individu et de la société pour mettre en avant leur interdépendance, qu'il conviendrait de jeter les bases d'une sociologie relationnelle – notion susceptible d'être contestée par les sociologues marxisant – que, selon les époques et les espaces culturels, chacune des disciplines – principalement la sociologie – a eu peu ou prou l'ambition d'intégrer l'autre, que Durkheim lui-même n'avait pas rejeté l'idée de zones de recouvrement des problématiques spécifiques aux deux sciences sociales… Vous êtes alors pleinement dans l'esprit de ceux qui militent pour un effacement au moins relatif des frontières et aussi de ceux qui, comme Serge Moscovici, chef de file de l'école française de psychologie sociale, définissent celle-ci comme une science sociale et politique. Même, votre projet d'éclairer « la fabrication sociale des individus » *dans une optique contextualiste et dispositionnaliste semble s'inscrire dans ce même champ. Vous-ai-je bien compris ?*

B. L. : Je pense que la séparation entre sciences du psychisme et sciences de la société – qui renvoie à l'opposition entre l'individu et la société, l'acteur et le système, les agents et les structures, etc. – est fatale à la compréhension et du psychique et du social. Je me suis toujours senti proche de ceux qui ont œuvré dans le sens d'un effacement des frontières entre ces deux domaines du savoir : c'est le cas d'auteurs tels que Norbert Elias, Basil Bernstein, Maurice Halbwachs, Pierre Bourdieu et bien d'autres encore. Mais même Émile Durkheim et Marcel Mauss n'ont cessé de penser les liens en parlant diversement de psychologie collective, de sociopsychologie ou de sociologie psychologique. C'est essentiellement à l'intérieur du domaine des sciences sociales que j'ai poursuivi la réflexion plutôt qu'en travaillant à un rapprochement interdisciplinaire. Cela ne m'a pas empêché de lire des psychologues au sens large – de Lev S. Vigotsky, Jean Piaget et Henri Wallon, à la psychologie différentielle de Maurice Reuchlin, Michel Huteau, Jacques Lautrey, Even Loarer, ou la psychologie du développement d'Olivier Houdé, en passant par Sigmund Freud et ses successeurs – et d'y puiser des raisonnements et des manières de nommer les choses. Mais ce qui me paraît dangereux, c'est d'opérer des collages sauvages ou éclectiques entre des vocabulaires et des démarches hétérogènes : par exemple, entre sociologie et psychanalyse, comme s'y essaient certains. Comme dit Jean-Claude Passeron, la recherche interdisciplinaire ne constitue pas autre chose parfois « *qu'un moyen de mettre une rustine d'importation sur des échecs explicatifs, des lassitudes de l'analyse ou des non-savoirs* ». Quand c'est un chercheur très cultivé, qui a beaucoup lu dans des disciplines très différentes, qui énonce cela, on peut avoir quelques bonnes raisons de l'écouter. Je suis parti personnellement de la théorie de l'*habitus*, telle que la formulait Pierre Bourdieu, pour avancer vers une théorie des patrimoines individuels de dispositions et de compétences, qui critique les notions de « système de dispositions » et de « transférabilité » ; je suis revenu sur la constitution des dispositions et ai introduit des différences entre dispositions faibles et fortes, de même qu'entre dispositions et compétences. En cours de travail, je me suis rendu compte que Pierre Bourdieu avait emprunté à Jean Piaget la notion de schème, ainsi que celle de transférabilité des schèmes ; il avait ignoré les remaniements de cette théorie opérés par les néopiagétiens montrant que tous les schèmes n'étaient pas transférables à toutes les situations possibles, mais entretenaient un rapport de connivence avec les situations proches de celles ayant présidé à leur constitution. J'ai découvert des travaux qui faisaient écho aux miens du côté des psychologues différentialistes travaillant sur les variations inter et intraindividuelles et mettant en évidence les phénomènes de concurrence entre schèmes ou stratégies cognitives ainsi que les faits d'activation et d'inhibition en fonction des contextes d'action. J'ai de même réfléchi à la notion de transfert présente dans le modèle freudien. Le bénéfice que j'ai tiré de ma fréquentation des travaux psychologiques est grand et difficilement mesurable. Et je pourrais en dire de même de ma lecture des linguistes ou sémiologues, des historiens, des philosophes ou des anthropologues. Je considérerais déjà comme un progrès significatif le fait que les sociologues lisent les psychologues et inversement.

Séparer sciences du psychisme et sciences de la société est fatal à la compréhension du psychique et du social.

C. T. : *La partie la plus inattendue de cet ouvrage me paraît être constituée par le rapprochement esquissé entre la sociologie – plus largement les sciences sociales – et les sciences cognitives. Vous soulignez le fait que les neurosciences, ne cessant de mettre en lumière les puissants effets sur l'organisme humain des* →

→ interactions sociales, soulèvent des controverses au sein de la communauté des chercheurs en sciences humaines et sociales, entre partisans et adversaires de ce rapprochement. Vous apportez votre propre contribution à ce débat en développant vos idées à partir du concept de « dispositionnalisme », lequel n'est pas sans proximité avec divers autres concepts relatifs au fonctionnement de la mémoire et, par ailleurs, avec l'hypothèse d'une mobilisation, sous certaines conditions, des apprentissages réalisés au cours de phases différentes de la socialisation. Votre formule « l'agir présent (de chaque individu) est hanté par la mémoire involontaire de l'expérience passée » *rend bien compte de l'orientation de ces travaux et de leur fécondité ; en particulier dans l'observation de mécanismes de prévision ou d'anticipation de comportements ou d'attitudes. Cette orientation est, bien sûr, congruente avec votre thèse de l'incorporation, par les hommes, des produits de leurs expériences sociales et de leur histoire.*

Vous entrez plus profondément dans la configuration construite par les neurosciences quand vous abordez la notion de « plasticité cérébrale » et les liens entre les expériences vécues par les individus et la fabrication de nouvelles connexions neuronales fonctionnant comme programmes d'action en attente de sollicitations sociales. On vous suit fort bien, mais il resterait peut être à expliquer votre cheminement et à justifier l'élargissement, dans cette direction, du domaine traditionnel de la sociologie.

B. L. : Vous avez bien résumé les choses et je n'ai que très peu de choses à ajouter. Comment en suis-je arrivé à m'intéresser aux travaux de collègues de neurosciences et de psychologie cognitive, et à discuter de la manière dont ceux-ci pouvaient stimuler l'imagination proprement sociologique ? C'est assez simple. Au départ, j'ai commencé à réagir de façon assez critique par rapport à l'absence de prise en compte des acquis des sciences sociales dans l'univers des « sciences cognitives », puis par rapport à des tentatives de naturalisation de l'esprit et de la culture qu'on voyait réapparaître dans certains secteurs de l'anthropologie. J'ai commencé à faire une recension critique, pour la revue historienne des *Annales*, d'un livre *La Contagion des idées*, de Dan Sperber (Sperber, 1996). Puis j'ai continué à développer la critique de ces courants en discutant des thèses antisociologiques (antidurkheimiennes) de l'anthropologue Pascal Boyer qui prétendait expliquer la religion par les caractéristiques universelles et naturelles de l'esprit humain (Boyer, 1997). Cela a donné lieu à un texte dans lequel je passais au crible de la critique sociologique un certain nombre de tentatives d'explication naturaliste des faits culturels et sociaux (Lahire, 2005). Mais, au cours de mes lectures, j'ai découvert les travaux issus des neurosciences qui faisaient apparaître l'importance de la plasticité cérébrale. Les acquis de ces recherches m'ont semblé très compatibles avec les orientations dispositionnalistes en sociologie. Si ces travaux nous avaient appris que le corps humain – et notamment le cerveau – était incapable de stockage, de mémorisation de certains savoirs et savoir-faire, la sociologie dispositionnaliste aurait perdu une grande partie de sa crédibilité scientifique. Mais, au contraire de cela, les neurosciences montrent que, plus on s'entraîne, plus on se socialise dans une activité donnée, plus s'installent dans le cerveau humain des réseaux de neurones aisément mobilisables. L'expérience ne s'efface pas, mais persiste en chacun d'entre nous sous la forme de potentialités prêtes à agir dans les contextes adéquats. Le concept d'incorporation n'est donc pas que pure métaphore ; il n'est pas qu'une simple manière de parler, et l'on peut visualiser, grâce à la neuro-imagerie fonctionnelle, l'inscription dans le cerveau des expériences sociales (maîtrise de l'espace des déplacements dans une ville pour un chauffeur de taxi expérimenté, maîtrise du jonglage avec trois balles pour un acrobate, maîtrise du violon ou du piano chez les instrumentistes virtuoses, etc.). Et, plus les pratiquants sont experts, plus on observe un épaississement du cortex dans les zones sollicitées. Le cerveau, ce « détecteur de régularités », selon l'expression de certains chercheurs, est, ainsi, prédisposé à nous faire agir et réagir d'une certaine manière. Cela n'est pas sans conséquences du point de vue de la théorie de l'acteur et de l'action dans les sciences sociales : les théories qui nient l'importance du passé incorporé, ou font comme si elles n'avaient pas besoin de reconstruire ce passé pour comprendre ce que font les individus, rencontrent là une objection sérieuse et massive. Et j'ajouterais à cela que les intuitions des sociologues dispositionnalistes de la socialisation, telles que celles concernant le travail continu de socialisation tout au long de la vie, sont confirmées par les travaux actuels sur les personnes âgées dont le cerveau continu à être marqué par les nouveaux apprentissages qu'elles peuvent faire. Je reste très prudent quant aux possibilités, pour les chercheurs en sciences sociales, de travailler de concert avec les neurosciences. Mais on ne peut ignorer ce que ces sciences nous apprennent quant aux capacités des individus. Elles gagneraient, elles-mêmes, à prendre acte des différents travaux sur la socialisation. ▶

Les travaux des neurosciences stimulent l'imagination proprement sociologique.

L'aire culturelle, ou comment recréer son doudou

L'été est passé depuis longtemps désormais, mais certaines traces provoquent un effet de persistance mnésique : comment ignorer ce qui passe, ce qui reste, aiguisant nos sens, notre troisième oreille ?

Prenons le pari du tout en vrac, et restons légers. Pif-paf, cet été, j'ai eu une confirmation : sans culture, on souffre. Bien sûr, les difficultés de transmission de la culture impliquent les environnements social, économique et politique : nous ne sommes pas égaux devant l'accès à la culture. Et, souvent, c'est coûteux. Ainsi, en Australie, une jeune femme se lançant en politique et ressemblant au style de Sarah Palin a jeté l'éponge : dans un de ses discours, elle a notamment considéré l'islam comme un pays. Devenue la risée de tout le pays, elle s'est retirée. Et Sarah, voit-elle toujours la Russie de son Alaska ? Se sent-elle toujours aussi proche de Donald Reagan qui considérait que la pollution provenait des plantes ?

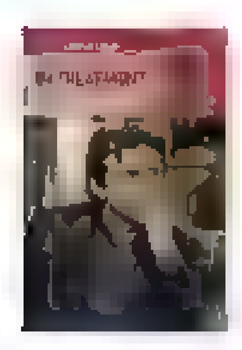
Clic-clac, la roue tourne. Nous sommes sur la route, parfois « *toute la sainte journée, on sent le doute en soi s'immiscer* », comme chantait Gérald de Palmas ; et puis le drame éclate, le doudou de fiston ou de puce a disparu, oublié sur une aire d'autoroute, happé par le vent d'une fenêtre ouverte ou tombé d'une poussette. Un lapin, une peluche, voire un lutin avec des bottes et un gilet rouge, bref un membre de la famille que chacun anime tel un chef indien face à son totem. Parfois, il représente aussi le souvenir d'une personne qui a disparu, étant alors aussi précieux pour un parent que pour l'enfant. Au point où nous arrivons, comment ne pas rendre hommage à la modernité ? Plusieurs sites Internet proposent de faire la chasse aux doudous perdus, à ceux permettant à l'enfant de ne pas se sentir perdu face à la séparation, assurant la quiétude de parents parfois épuisés par des nuits chaotiques. À partir d'une photo, d'un nom ou d'une description, certains mènent l'enquête pour retrouver l'objet perdu, dans un mouvement de doudou gigogne : l'enfant a lâché l'objet antiperte, et on lance la chasse à l'objet perdu. Un nouveau métier est né : le détective de doudou, qui fait parler les indices de doudou, ouvrant sur la circulation chatoyante de l'imaginaire parental et des traces encore vivantes de leur histoire infantile. « *Le lapin de mon fils s'est fait la malle pendant une balade à vélo* », raconte un père ; quand le lapin ne sort pas du chapeau, il va se planquer dans une malle, en tout désir d'indépendance.

Mais comment expliquer à l'enfant que le doudou, après avoir joué à qui disparaît-gagne, est revenu à la maison, tout neuf ? Est-ce que la magie va encore opérer, alors qu'il s'agit d'une copie, certes confectionnée avec soin, mais sans la même usure, la même odeur, les mêmes replis particuliers ? Les détectives ont fait leur travail. Ils ne peuvent pas tout, alors ils s'en tirent par une formule un peu lapidaire : « *Le doudou est parti en vacances, et il revient frais et dispo.* » Peut-être, mais c'est un peu court pour rétablir le lien de confiance absolu, cette intimité si précieuse entre le doudou et l'enfant. Alors certains parents, plus intuitifs et concernés par les besoins intérieurs de leur enfant, se font créatifs et poètes : une mère relate ainsi l'histoire vécue pour le doudou de retour à la maison : « *Ton nin-nin s'est perdu en montagne, mais c'est parce qu'il était avec Blanche-Neige pour sauver Atchoum qui était malade (sans doute un rhume). En remerciement, elle lui a offert un bain de jouvence avant de le laisser rentrer chez lui.* » L'histoire est racontée avec un montage photo montrant l'étonnant nin-nin se baladant avec les sept nains-nains…

Tic-tac, voici un autre ressac. Pas plus haut que trois pommes, voici venir Kirobo, qui, du haut de ses trente-quatre centimètres, va rendre visite à un astronaute japonais. Ce dernier, tout là-haut, s'occupe d'une station spatiale internationale. Le robot, sorti des entrailles de la technologie, est doté du pouvoir de parler, et le but assumé de sa construction est de tenir compagnie à l'astronaute solitaire. Dans sa nomination même, « *kibo* » signifie « espoir » en japonais. Le chien a donc un concurrent direct en tant que meilleur ami de l'homme ; grâce à ce petit humanoïde, notre explorateur de l'espace va pouvoir parler à quelque chose qui a des formes familières et partage la même langue. Il pourra entretenir de véritables conversations et devenir un compagnon de voyage. Et les chercheurs de l'agence spatiale de constater un fait psychologique essentiel : en parlant la même langue, ce robot va maintenir un lien culturel, facteur jugé positif pour le moral du missionnaire spatial.

Rien de bien neuf sous le soleil, mais quand on perd tout, que reste-t-il ? Quelques doudous originels, traces d'une histoire désormais fragmentée par l'oubli ; et le goût pour les contenus de ce réservoir à sensations et émotions sans limites précises, un territoire sans cesse à explorer et redécouvrir : l'aire culturelle. ◗

Florian Houssier



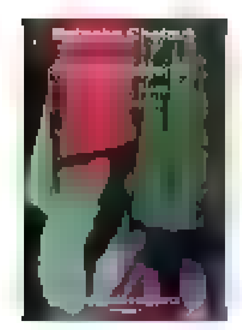
Puf, 2013
209 p., 23 €
ISBN : 978-2-13-062790-1

In treatment. Lost in therapy

Clotilde Leguil

Les séries TV américaines, notamment, ne cessent d'envahir les écrans et, il faut le dire, souvent sur des thématiques bien plus originales que leurs homologues françaises. In treatment – « En analyse » en français – aborde un sujet bien difficile à traiter par l'image : celui de la cure analytique. Pour Clotilde Leguil, psychanalyste à l'École de la Cause freudienne et maître de conférences, cette production pose une question centrale, celle de l'état actuel de la psychanalyse aux États-Unis. La construction de cette série est originale puisqu'elle est entièrement focalisée sur le déroulé quotidien des consultations du héros Paul Weston, avec en point d'orgue, son rendez-vous hebdomadaire avec sa contrôleuse. *Lost in therapy*, c'est l'analyste lui-même, qui se perd de plus en plus au fil des séances, se noyant dans des échanges « d'ego à ego », se méprenant sur les ressorts fondamentaux d'une analyse qui n'a rien à voir avec la confrontation symétrique de deux affects. Au lieu de « prendre soin » de ses patients, comme le souligne l'auteur, et de lire en suivant la parole de l'autre, ce thérapeute tombe dans les pièges du tout relationnel, éveillant les sarcasmes des uns et des autres et notamment les siens pour son plus grand désarroi. Clotilde Leguil dénoue en analyste avertie les travers de ce héros malgré lui en pointant comment une série américaine peut démontrer tout ce qu'il ne faut pas faire en analyse, surtout lorsque l'on est d'orientation lacanienne. Reconnaissons à cette série un effort louable, celui de centrer son propos sur la parole, d'autant plus qu'il est bien difficile de mettre en image ce qui y échappe par essence. Reste cette analyse implacable et très instructive d'un antihéros malgré lui dont on comprend bien qu'il n'est pas un vrai analyste. Mais est-il vraiment le seul ? ■

Patrick Conrath



Petite Bibliothèque Payot, 2013
334 p., 9,65 €
ISBN : 978-2-228-90877-5

Se dire lesbienne
Vie de couple, sexualité, représentation de soi

Natacha Chetcuti

Aucun travail de cette ampleur n'existait sur le sujet. Lorsque parole est prise sur l'homosexualité et le vécu qui s'y rattache, la plupart du temps, de manière implicite, il est sur l'homosexualité masculine et, dans ce domaine aussi, la question des femmes est reléguée à du secondaire ou survolée.

Natacha Chetcuti met un terme à cela par la publication de cet ouvrage fondé sur cinq années de recherches sociologiques, effectuées à partir de rencontres et d'entretiens de femmes se nommant « lesbiennes » et ayant accepté de livrer leurs parcours et leurs vécus.

Éclairés par un rappel des divers courants sociologiques autour de la sexualité et de l'identité sexuée, et par l'histoire des différents mouvements féministes hétérosexuels et lesbiens actuels, leurs propos témoignent de la complexité de cette identité résultante de l'articulation d'un désir sexuel tourné vers les femmes et de la quête d'une identité sociale propre, en dehors de la norme de l'hétérosexualité, habituellement seul référentiel structurant pour les femmes.

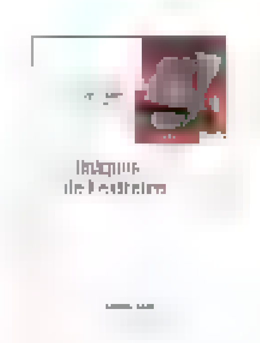
Dans leur discours, les deux dimensions coexistent clairement : le choix d'objet découvert le plus souvent au cours d'un parcours sexuel hésitant, et l'insécurité du sentiment d'appartenance à la société, telle qu'elle est caractérisée par les repères hétérosexuels et la constitution d'une famille. S'il y a quelque temps le lesbianisme était empreint d'un féminisme réactionnel, mais pour autant inscrit dans des modalités relationnelles de couple stéréotypées, il semble que se trouve aujourd'hui très souvent une volonté d'échapper à la dualité obligée du couple masculin – féminin, tant dans l'identité de rôle au sein du couple que dans l'identité sociale. Mais le lesbianisme se distingue fortement de l'homosexualité masculine en ce que la relation de couple et la fidélité y prennent un sens tout différent. Ici, le désir et la satisfaction sexuelle sont majoritairement associés à celle de de couple à laquelle ils donnent aussi tout son sens. Mais les principes sont l'objet d'échanges et le fruit d'une volonté partagée. Il semble que le dialogue et la volonté de mettre en place un système relationnel au sein duquel chacune prend sa place propre soit le schéma le plus courant, réinterprété, bien sûr, selon les variabilités individuelles.

La richesse de cet ouvrage ne peut se résumer à quelques lignes, et ce qui s'y dessine d'une nouvelle identité de genre, telle que les jeunes l'investissent, augure peut-être non seulement une nouvelle approche des femmes en sociologie, mais aussi une nouvelle manière d'être femme dans une société au-delà des seules questions de parité. ■

Delphine Goetgheluck







L'adolescent entre marge, art et culture
Une clinique des médiations en groupe

Sous la direction de Emmanuelle Granier et Claude Sternis

L'adolescent inscrit sa construction identitaire dans la relation aux autres et sous leur regard. L'art et la culture peuvent alors être proposés en tant que tiers médiateur. En témoignent ici les expériences cliniques de plus de vingt professionnels, médecins, psychologues, artistes, assistants sociaux, éducateurs. Par le biais de l'écriture, du dessin, de la danse, de la musique, de la voix… seul ou intégré dans un groupe, le jeune se déploie et confronte sa subjectivité à celle des autres, par-delà des conflits souvent nécessaires. ▶

Érès, 2013
297 p., 25 €
ISBN 978-2-7492-3728-3

« C'est mon jour de chance ! »
Addiction au jeu et fausses croyances

Emmanuel Deun

Qui sont les joueurs compulsifs ? Qu'expriment ces illusions pour ceux qui jouent, au risque du surendettement, de la solitude et de la rupture sociale ? Derrière le masque du gain tant espéré, ne se profilerait-il pas aussi le désir inconscient d'échouer, de perdre ? Dans cet ouvrage s'articulent orientations cognitivistes et psychanalytiques pour tenter d'analyser cette addiction comportementale qui peut engendrer une dépendance pathologique. Passant par Dostoïevski et Casanova, l'auteur s'aventure dans les méandres de la psychologie de ces joueurs motivés, de l'avis de Sigmund Freud, par une « *pulsion de mort qui s'occupe à la destruction de sa propre demeure* ». ▶

In Press, 2013
126 p., 18 €
ISBN 978-2-84835-257-2

Cliniques de l'extrême

Vincent Estellon, François Marty

De quelle manière la psychologie et la psychanalyse peuvent-elles « *réinjecter de la pensée, réanimer un lien humanisant là où tout semble être en ruine, où plus rien ne fait sens, où les gestes du corps expriment ce que la bouche sidérée tait* » ? Penser l'extrême, c'est d'une part penser l'événement dans ce qu'il a de plus effrayant, violent, exceptionnel. C'est aussi le penser dans un contexte psychopathologique d'une telle brutalité qu'il vise l'effacement du sujet, quand il s'exprime par des processus limites, attaques du corps, de l'identité, du lien social, de la vie. Psychiatres, psychologues et psychanalystes présentent, dans cet ouvrage, quelques approches théoriques et cliniques spécifiques à ces conduites de l'extrême. ▶

Armand Colin, 2013
311 p., 24,70 €
ISBN 978-2-200-27540-0



Le TDA/H chez l'enfant et l'adolescent

Coordonné par Céline Clément

Jusqu'à il y a peu, le traitement pharmacologique était considéré comme la seule réponse efficace aux symptômes du Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), et ce principe, massivement présent aux États-Unis, tentait de contaminer les pratiques en France également. Aujourd'hui, des études soulèvent des « *myriades de problématiques entourant le trouble […] portant sur les profils cognitifs, les comportements opposants et défiants, les troubles anxieux ou encore les praxies* ». Cet ouvrage propose une réflexion sur les différentes interventions estimées efficaces « reposant sur des données récentes de la littérature scientifique » pour les enfants et les adolescents sujets de TDA/H. Sont concernés l'entourage familial et le milieu scolaire, dans l'espoir qu'ils puissent encourager une évolution de leurs comportements, hélas encore bien ancrés dans la tradition médicamenteuse. ▶

De Boeck-Solal, 2013
264 p., 29,50 €
ISBN 978-2-35327-182-5



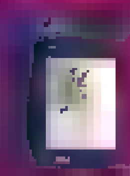
Canal Psy

Dossier « Psychologues en mission locale : un métier singulier ? »

Un numéro qui tombe à pic, à l'orée du [illegible] Séminaire national des psychologues intervenant en mission [illegible] [illegible]

Avec [illegible] M. Debard… [illegible]

2013, [illegible]



Sud-Nord

Dossier « [illegible] en psychiatrie »

[illegible] lorsqu'on l'accole à « psychiatrie » ? Est-ce [illegible] le fait d'avoir le sentiment de toujours nager [illegible]

[illegible]



Chemins de formation

Dossier « Récits pour enfants, [illegible] »

[illegible]

[illegible] la recherche, les perspectives… [illegible]



Cités

Dossier « [illegible] »

[illegible]



Bulletin de psychologie

Dossier « Psychologie clinique des groupes et des médiations thérapeutiques, de l'institution et du lien social »

[illegible]

Avec [illegible] G. Gaillard, J.-P. Pinel… [illegible]

2013, [illegible]



La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation

Dossier « Phobie scolaire [illegible] d'apprendre »

[illegible]

Avec [illegible] E. Canat, P. Bourdon…

INS-HEA, 2013, 62 / 286 p., [illegible]

ET AUSSI

[illegible]

Dossier « Questions de l'universel et la diversité »

[illegible]

Érès, 2012, [illegible]

Gestalt

[illegible]

Gérontologie et société

[illegible]

OFFRES D'EMPLOI et PETITES ANNONCES

PETITE ANNONCE

Vends matériel neuf (Wisc-iv, Pm, Cat, Tat) et d'occasion en très bon état (Edei, Dbcr, Ubiv). Cause : arrêt activité en raison de maladie.
Courriel : Ecollet54@free.fr

EXERCICE LIBÉRAL

> TROYES (10)
Vends murs, équipements, tests et dossiers patients, cabinet psychologie à Troyes, en centre ville. Bureau de 32 m².
Tél. : 06 80 07 03 08

> TOULOUSE (31)
Quartier Croix de Pierre. Loue, dans cabinet paramédical (2 psychologues et 1 orthophoniste), un bureau de 10 m², salle d'attente, wc et cuisine communs. 224 € / mois + charges.
Tél. : 06 48 75 71 23

OFFRE D'EMPLOI

> ALÈS (30) – ANGERS (49) – BORDEAUX (33) OISE (60) – PAU (64) – TOULOUSE (31) VANNES (56)
PARRAINS PAR MILLE (Parrainage d'enfants en France) recherche pour ses antennes d'Alès, d'Angers, de Bordeaux, de l'Oise, de Pau, de Toulouse et de Vannes, des **psychologues clinicien(ne)s bénévoles** expérimenté(e)s pour assurer des entretiens auprès des familles et futurs parrains-marraines.

• Contact Alès
Claudine Lesueur : 04 66 61 01 62
• Contact Angers
Sandrine Bechu : 06 61 62 96 58
• Contact Bordeaux
Danielle Arnaud : 06 78 15 12 92
• Contact Oise
Pascale Derycke : 06 88 76 16 81
• Contact Pau
Danièle Pivetta : 06 21 99 73 06
• Contact Toulouse
Sophie Menvielle : 06 63 02 20 43
• Contact Vannes
Martine Jacquet : 06 42 31 11 34

CONSEILS AUX AUTEURS

Le Journal des psychologues est un lieu original d'expression où tout un chacun peut exprimer son point de vue et faire partager son expérience.

Il s'adresse essentiellement à des professionnels exerçant à partir d'une des disciplines de la psychologie.

Ce n'est pas une revue scientifique au sens strict, toutefois les contributions doivent être en adéquation avec le niveau de formation des professionnels qui s'y réfèrent (il ne s'agit pas de vulgarisation).

Seuls les articles n'ayant pas fait l'objet de publication, y compris sur Internet, sont acceptés.

L'écriture :

- > Le découpage de l'article doit se faire en paragraphes clairs et distincts, avec **intertitres**.
- > Privilégier la clarté sous-tendue de rigueur scientifique.
- > Privilégier l'exemple (vignette clinique).
- > Accorder une attention à ce que les tenants et aboutissants de l'argument puissent inciter à la réflexion, plutôt que de privilégier une démonstration scientifique détaillée.
- > Une attention particulière doit être portée au **caractère vivant** de l'article.
- > L'article doit pouvoir être accessible à un professionnel d'un autre secteur de la psychologie (dimension de transversalité).
- > Le Journal étant également diffusé auprès des étudiants, les articles peuvent avoir un caractère incitatif vers d'autres lectures complémentaires.

Sur le plan technique :

- > Le texte doit nous parvenir sous forme d'un support informatique, **en traitement de texte**.
- > L'article doit comprendre, en général, entre 19 000 et 24 000 signes (espaces comprises).
- > Les **nom, prénom et coordonnées complètes** (postales et téléphoniques) de(s) auteur(s) doivent figurer impérativement sur la **page de titre**.
- > Un **résumé** et des **mots clés** sont à proposer.
- > Le Système Harvard (alphabétique) est utilisé pour la présentation des références bibliographiques. Elles sont appelées dans le texte par le nom du premier auteur, suivi de l'année de parution de l'article cité. Ex. : ... (Anzieu 1975). Puis, en fin d'article, la bibliographie présente les références complètes, classées par ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Chaque article, après acceptation de sa publication, est confié à la secrétaire de rédaction qui le travaille pour le rendre conforme aux orientations et aux impératifs de publication : modifications, coupes, travail sur le style, etc. Le fond de l'article et sa substance ne sont pas revus.

L'article prêt à être publié est ensuite proposé à l'auteur afin d'obtenir son accord et le bon à tirer (BAT). À cette occasion, il sera également demandé que nous soit envoyée une photo couleur de l'auteur.

Pour toutes propositions d'article, envoyez-les à l'attention des rédacteurs en chef, Delphine Goetgheluck et Patrick Conrath, à l'adresse suivante : jdp@martinmedia.fr

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

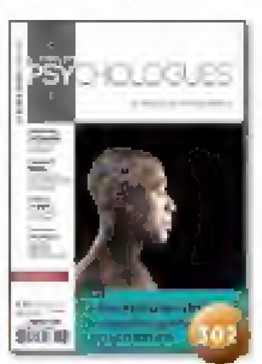
LE MENSUEL DES PROFESSIONNELS

Retrouvez-nous sur www.jdpsychologues.fr

Commande d'anciens numéros & abonnements



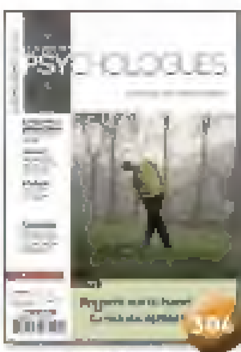
Des psychologues sur Internet ?



Le traumatisme crânien



La spiritualité quels bénéfices pour le sujet



Regards sur le handicap du vécu aux représentations



Accompagner les personnes vieillissantes



Une chance pour l'enfant en difficulté : les SESSAD



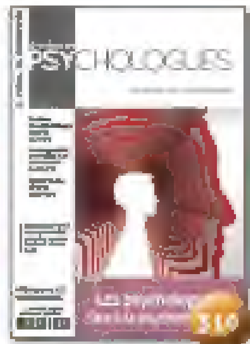
L'homme mesurable Évaluer ou dévaluer les pratiques



La virilité est-elle en crise ?



La périnatalité à la croisée des pratiques



Les psychologues face à la psychothérapie

Sommaires détaillés et liste de tous les numéros disponibles sur **www.jdpsychologues.fr**

Anciens numéros

❑ Je commande le ou les numéro(s) suivant(s) à 6,50 € l'unité

N° : 301 x .... ex = ... €	N° : 306 x .... ex = ... €
N° : 302 x .... ex = ... €	N° : 307 x .... ex = ... €
N° : 303 x .... ex = ... €	N° : 308 x .... ex = ... €
N° : 304 x .... ex = ... €	N° : 309 x .... ex = ... €
N° : 305 x .... ex = ... €	N° : 310 x .... ex = ... €
Total .... €	Total : .... €

Offres d'abonnement

❑ Je m'abonne à la revue *Le Journal des psychologues* pour 1 an soit **10 numéros** au tarif de :

❑ Professionnel 52 €*

❑ Étudiant ou association 41 €*

Bon de commande

Code AJDPU...

Montant total de ma commande : .... €*

❑ Je règle par chèque bancaire ou postal à l'ordre du : *Journal des psychologues* • CDE • 10, avenue Victor-Hugo • CS 60051 55800 Revigny-sur-Ornain • [redacted] • Fax 03 29 70 56 74

❑ Je règle par carte bancaire Visa ou Mastercard :

N° ....

Expire fin .... Code CVC ....

(trois derniers chiffres du numéro au dos de votre carte)

Date et signature obligatoires

❑ Je souhaite une facture acquittée

Nom .... Prénom ....

Adresse : ....

Code Postal .... Ville : ....

Tél : .... E-mail ....

À retourner accompagné de votre règlement à l'ordre du :

Journal des psychologues • CDE • 10, avenue Victor-Hugo • CS 60051 • 55800 Revigny-sur-Ornain • [redacted] • Fax 03 29 70 56 74

*Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter [redacted]